Rok III Seria II **Kraków** **Nr 2–3 (15.I.–1.II. 1947)**

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych.

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a
Tel. 586-69
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie   Redaktor odpowiedzialny: dr B. Gięcosz

Rok III Seria II Kraków Nr 2—3 (15. I.—1. II. 1947)

PRZEGLĄD LEKARSKI

Niniejszy numer PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO jest poświęcony Pierwszemu Zjazdowi Lekarzy Powiatowych, Dyrektorów Szpitali, Naczelnych Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej i Sekretarzy Wydziałów Powiatowych Województwa Krakowskiego.

Zjazd odbył się w dniach 19 i 20 XII 1946 roku w Krakowie.

Obradom zjazdu przewodniczył Wicewojewoda Mgr Marian RUBIŃSKI.

Jako delegaci Ministerstwa Zdrowia byli obecni Dr Zygmunt GRYNBERG, dyr. Depart. Organizacyjnego.

Dr Paweł SZAREJKO, naczelnik Wydziału Szpitalnictwa i Dr Bolesław BARTENBACH, nacz. Wydziału Walki z gruźlicą.

Z ramienia Uniwersytetu Jagiellońskiego Prof. Dr B. NOWAKOWSKI.

Z Izby Lekarskiej Dr J. GOŁĄB.

Z Dowództwa Okręgu Wojskowego Płk. Dr M. GRÖGER.

Z Polskiego Czerwonego Krzyża Prezes E. MÜLLER, Płk. Dr WENZEL.

Z Kuratorium Okręgu Szkolnego Dr H. SOKOŁOWSKA.

Z Państwowego Zakładu Higieny Dr M. BILEK.

PROGRAM

Zjazdu lekarzy powiatowych, dyrektorów szpitali, naczelnych lekarzy Ubezp. Społecznej i sekretarzy Wydziałów Powiatowych Województwa Krakowskiego w dniach 19 i 20 XII. 1946 r. w Krakowie.

19. XII. czwartek:

8.00—9.00: Otwarcie Zjazdu, mowy powitalne.

9.00—10.30: Referaty: Samorząd terytorialny a zagadnienie zdrowotności — L. Osiecki, Nacz. Wydz. Samorz.

O glebie i o oraczach naszego sanitariatu — Dr O. Anselm.

Ośrodki Zdrowia na terenie Woj. Krakowskiego — Instr. M. Wilczyńska.

10.30—12.00: Sprawozdanie lekarzy powiatowych.

12.00—13.30: Przerwa obiadowa.

13.30—15.00: Zwiedzanie Ośrodków Zdrowia: Wojewódzkiego i Miejskiego.

15.00—17.00: Dyskusja nad działalnością Ośrodków Zdrowia.

20. XII. piątek.

8.00—9.00: Referaty: Walka z chorobami zakaźnymi na terenie Wojew. Krakowskiego — Dr F. Westrych.

Walka z gruźlicą na terenie Województwa Krakowskiego — Dr St. Hornung.

Organizacja badań masowych na gruźlicę wśród młodzieży szkolnej na terenie miasta powiatowego. — Dr St. Chrząszczewski.

O zagadnieniu higieny szkolnej — Dr H. Sokołowska.

9.00—10.20: Dyskusja nad referatami

10.20—10.30: Przerwa.

10.30—13.30: Dyskusja w sprawie koordynacji działalności władz na odcinku Publicznej Służby Zdrowia.

13.00—15.00 Przerwa obiadowa

15.00—16.00 Zwiedzenie szpitala im. G. Narutowicza.

Stan Szpitalnictwa na terenie Woj. Krakowskiego — Dr J. Wójcikiewicz.

16.00—16.30: Referat: Szpitalnictwo w dobie obecnej na terenie powiatu — Dr E. Śliwonik.

16.30—19.30: Dyskusja nad referatem. O społeczne podejście do problemu zwalczania chorób wenerycznych — Dr Z. Capiński.

Wolne wnioski.

W dniu 18 grudnia 1946 r. otworzył Zjazd w sali W. R. N. ob. wicewojewoda mgr. Rubiński Marian, który po powitalnych słowach, skierowanych do Przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, wszelkich władz i instytucyj oraz do uczestników-lekarzy, podkreślił znaczenie tego Zjazdu w ogólności jako pierwszego po okresie okupacyjnym. Powołał się na obfity program, który, uwzględniając tytuły referatów, jest wyrazem zespołu problemów najważniejszych i najaktualniejszych w dobie powojennej, jak szpitalnictwo, ośrodki zdrowia, gruźlica, stosunki sanitarno-higieniczne i choroby zakaźne. Z kolei rzeczy ob. Wicewojewoda wymienił pokrótce osiągnięcia w dziedzinie Służby Zdrowia na terenie Województwa Krakowskiego od czasu odzyskania niepodległości.

„Uwzględniając szpitalnictwo trzeba zaznaczyć, że dzięki wytężonej pracy Wydziału Zdrowia przy wydatnym poparciu Ministerstwa Zdrowia zrobiono wiele, przezwyciężono znaczne trudności i podniesiono szpitalnictwo zrujnowane przez okupanta do właściwego poziomu. Np. Szpitale Miejskie w Krakowie, b. Miejskie Zakłady Sanitarne, które liczyły przed 1. IX. 1939 r. 200 łóżek, obecnie 510, w trakcie organizowania jest 240 łóżek — osiągnięcia wyrażają się w ilości 550 łóżek. Kobierzyn — Państw. Zakład Psychiatryczny przed wojną 1.300 łóżek, w czasie wojny zupełnie zdewastowany, nowo urządzony z ilością 300 łóżek. Biała (Szpital powszechny) przed wojną pięknie urządzony o 300 łóżkach, zupełnie również zdewastowany, został na nowo urządzony na 300 łóżek.

Państw. Szpital św. Łazarza liczący przed 1. IX. 1939 r. 2.600 łóżek, skąd okupant wywiózł inwentarz w 10 wagonach, zdewastowany w znacznym stopniu, został zaopatrzony w urządzenie na 1.000 łóżek, licząc obecnie 2.527 łóżek — razem osiągnięto w wymienionych szpitalach 2.150 łóżek. Ponadto przebudowano Szpital w Brzesku, odbudowano Oddział Chirurgiczny Państw. Szpitala św. Łazarza, uskuteczniono nadbudowę Oddziału Dziecięcego tego Szpitala, zremontowano szpitale w Nowym Sączu, Tarnowie, Wadowicach, Żywcu i Witkowicach.

W terenie uzupełniono wyposażenie 16 szpitali o 4.200 łóżkach, przydzielając urządzenia i tekstylia:
surówki — 118.000 m, łóżek — 1.840, koców — 6.500, materaców — 1.060, poszewek — 4.000, pokrowców — 7.000, prześcieradeł — 4.000, ręczników — 6.000, poduszek — 1.800, płaszczy lek. — 800 szt.

W dziedzinie szpitalnictwa dopełniają obrazu osiągnięć, uzyskanie sanitarek do przewożenia chorych w każdym powiecie, należyte zaprowiantowanie szpitali, zrównoważenie budżetów szpitalnych przez subwencje rządowe w różnej postaci, czuwanie nad budżetami powiatowych Związków Samorządowych, zaopatrzenie w materiały wymienione, częściowe zaopatrzenie w Roentgeny i w znaczny zapas leków.

W bilansie ogólnym mamy 33 szpitale z ilością 6.438 łóżek i 8 klinik 1.062 łóżek — razem 7.500 łóżek.

Ośrodki Zdrowia: Przed 1. IX. 1939 r. było 40, obecnie jest 67.

Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach: Wyposażono 81% czynnych szkół w 1.380 apteczek pierwszej pomocy — akcja P. C. K.

Walka z chorobami zakaźnymi: Zorganizowano obwodów lekarskich 64, zatrudniono dezynfektorów 161, przeszkolono dezynfektorów 150, urządzono kąpielisk ruchomych 16, wydano w teren proszku D. D. T. 16 ton.

Zaszczepiono przeciw durowi brzusznemu — 502.791 osób, plamistemu — 950 osób, ospie — 138.934 osób.

W dziedzinie statystyki epidemiologicznej, świadczącej zawsze o skuteczności zabiegów przedsięwziętych, zauważyć należy tendencję do znacznej zniżki zachorowań w r. 1946 w porównaniu z r. 1945 z cennymi osiągnięciami:

Dur plamisty: r. 1945 tygodniowo zachorowań do 100 wypadków, r. 1946: obecnie tygodniowo 1 wypadek.

Dur brzuszny: r. 1945 rocznie 2.457 wypadków, r. 1946: do dnia dzisiejszego 934 wyp. — spadek o 62%.

Czerwonka: r. 1945: rocznie 1.024 wypadki, r. 1946: j. w. 345 wyp. — spadek do 34%.

Choroby społeczne: Gruźlica: Utworzono 64 poradni przeciwgruźliczych przy ośrodkach zdrowia. Zorganizowano Wojewódzką Poradnię Przeciwgruźliczą oraz ruchomą, która przebadała w ostatnich 3 miesiącach 6.000 osób. Rozbudowano oddział gruźliczy w Szpitalu Miejskim na 420 łóżek, w tym Oddział gruźlicy chir. na 80 łóżek oraz oddział gruźlicy dziecięcej na 50 łóżek.

Zorganizowano i kompletnie urządzono 7 sanatoriów na 1.200 łóżek, 8 prewentoriów na 880 łóżek.

Ponadto jest w trakcie organizacji Zespół Sanatoriów dla dzieci w Rabce na 1.000 łóżek. Zorganizowano 3 kursy przeciwjaglicze dla lekarzy oraz 8-tygodniowy kurs dla lekarzy z zakresu walki z gruźlicą.

Walka z chorobami wenerycznymi: Utworzono 64 poradni przeciwwenerycznych przy ośrod. zdrowia. Wszystkie poradnie są zaopatrywane bezpłatnie w wszelkie leki bez ograniczeń.

Dentystyka: Utworzono 12 poradni dentystycznych dla dziatwy szkolnej w miastach powiatowych w ośr. zdrowia czynnych przez 4 godz. dziennie oraz zorganizowano 4 ruchome ambulanse dentystyczne, pracujące stale na terenie wszystkich powiatów, wyłącznie dla dzieci wiejskich.

Szkolnictwo: Uruchomiono 3 szkoły pielęgniarskie — 2 w Krakowie, 1 w Tarnowie, poczyniono przygotowania do uruchomienia szkoły pielęgniarskiej w Nowym Sączu z nowym rokiem szkolnym.

W uwzględnieniu pokrótce wymienionych osiągnięć, życząc Zjazdowi owocnych obrad, Ob. Wicewojewoda zachęcił do dalszej intensywnej pracy i koordynacji pracy wszystkich lekarzy, przedstawicieli trzech instytucyj dla osiągnięcia celu, jakim jest zdrowie obywatela Polski.

Dr LUDWIK OSIECKI Kraków

Samorząd terytorialny, a zagadnienie zdrowotności *)

Referent, wyrażając wdzięczność inicjatorom konferencji, w której biorą udział nie tylko przedstawiciele świata lekarskiego, lecz i przedstawiciele organów wykonawczych samorządu powiatowego — sekretarze Wydziałów Powiatowych, za umożliwienie mu wypowiedzenia uwag w zakresie programu i stosunku samorządu do zagadnień zdrowotności w ogóle, a do konkretnych w tym względzie poczynań w szczególności, podkreślił wieloletnie, pozytywne tradycje samorządu w tym dziale administracji publicznej oraz zadania samorządu na tym odcinku jego prac w nowej rzeczywistości. Gdy niewątpliwie stan zdrowotności i w ogóle tężyzny fizycznej u nas przedstawia się niezadawalająco i wymaga dla poprawy tego stanu wzmożonej akcji, to jako moment aktualny, z tym postulatem związany, wysuwa się konieczność upowszechnienia jej, objęcia nią szerokich mas ludności, spopularyzowania, zbliżenia do niej właśnie przez samorząd obywatela. Jest to społeczna strona omawianego zagadnienia. Zagadnienie organizacji akcji, zagadnienie stworzenia dla niej odpowiedniej bazy finansowej, są to zagadnienia niebywale ważne, gwarantujące takie, a nie inne wyniki zamierzeń, lecz o ileż te wyniki będą pełniejsze, gdy oparte będą o podstawę szerokich mas, należycie o znaczeniu akcji uświadomionych.

Naczelnik Osiecki podkreśla nie tylko pozytywną i bezpośrednią rolę w zakresie stwarzania odpowiednich warunków dla rozwoju stosunków zdrowotnych samorządowców, przez zbliżenie do tych zagadnień czynników obywatelskich, skupionych w samorządzie, lecz i lekarzy powiatowych, dyrektorów szpitali, kierowników ośrodków zdrowia, lekarzy okręgowych. Wszak lekarz w Polsce, to pionier wszelkiego postępu społecznego. W tym względzie lekarze, reprezentujący społeczną służbę zdrowia, powinni wywoływać zainteresowanie tymi zagadnieniami organów samorządu terytorialnego, powinni brać udział z głosem doradczym w posiedzeniach tych organów, przedstawiać potrzeby terenu w zakresie podniesienia zdrowotności, wnioskować, uświadamiać, popularyzować akcję.

Z enuncjacji Ministra Zdrowia wynika, że w intencjach Rządu leży oparcie służby zdrowia publicznego o samorząd. Intencja ta wyraża się m. in. z przejęcia, na podstawie rozporządzenia Ministra, przez związk samorządu terytorialnego t. zw. szpitali powszechnych. Okoliczność ta oraz prowadzenie przez związki samorządowe ośrodków zdrowia, utrzymywanie lekarzy okręgowych, a w równej mierze zbliżenie się do omawianej akcji samorządu wojewódzkiego, że wymienić w tym względzie należy uruchomienie przez ten samorząd szkoły pielęgniarek i higienistek w Tarnowie, projekty co do założenia wojewódzkiego ośrodka zdrowia i zorganizowania ruchomej poradni przeciwgruźliczej, wskazuje, że akcja w zakresie zdrowotności publicznej w podstawowych swych sektorach faktycznie oparta jest o samorząd terytorialny. Naczelnik Osiecki oświadcza, że jest upoważniony do poinformowania o stosunku do tych zagadnień władz nadzorczych. Otóż w intencjach władz nadzorczych leży, aby dziedzina ta była przez samorząd postawiona możliwie na najwyższym poziomie, aby akcja była odpowiednio rozplanowana, skoordynowana, aby wszystkie elementy uruchomione do podniesienia zdrowotności K... ju promieniowały na dalekie zaplecza, aby zakłady zapobiegawcze i leczące rozwijały się pod względem ilościowym i jakościowym, chodzi o to, podkreśla Naczelnik Osiecki, aby samorząd nie skompromitował się.

Kontynuując swe przemówienie Naczelnik Osiecki podnosi, że obowiązkiem samorządowych organów wykonawczych jest zabezpieczenie akcji pod względem finansowym i organizacyjno-prawnym, w tym ostatnim wypadku tak, aby odnośne regulaminy związały zakłady i w ogóle akcję nad podniesieniem zdrowotności z samorządem, a z drugiej strony, aby zapewniły elastyczność działania w omawianych kierunkach czynnikom fachowym - lekarskim. Te ostatnie czynniki powinny również docenić społeczny charakter akcji.

Naczelnik Osiecki stwierdza, że omawiane stosunki nie wszędzie osiągnęły zadawalające wyniki. Notujemy, mówi Na-

*) Referat podany w streszczeniu.

czelnik Osiecki, wypadki braku zainteresowania ze strony samorządów sprawami zdrowotności publicznej. W tym względzie referent opiera się na obserwacjach Wydziału Samorządowego, na relacjach kół lekarskich i przedstawicieli samorządu. Omawiając najbardziej charakterystyczne i typowe w tym względzie usterki i niedociągnięcia, Naczelnik Osiecki podaje środki ich zneutralizowania, które, poza ustaleniami, sformułowanymi już w poprzednich ustępach przemówienia, dadzą się sprowadzić do następujących zasadniczych punktów: 1) fachowymi kierownikami spraw w zakresie zdrowotności publicznej w związkach samorządowych są powiatowi (miejscy) lekarze, oni koordynują całość akcji, referują budżety (budżety szpitali — dyrektorzy) itp.; 2) szpitale, ośrodki zdrowia i in. o podobnych celach urządzenia są zakładami samorządowymi, budżety tych zakładów stanowią integralną część budżetu danego związku samorządowego. Decydowanie o wszelkich zmianach, przyjmowanie pracowników (są oni pracownikami samorządowymi) itp. należy do odnośnych organów samorządowych, działających w tym względzie na wniosek lekarza powiatowego, kierownika ośrodka zdrowia lub dyrektora szpitala; 3) organy wykonawcze związków samorządowych, opracowując projekty budżetów, powinny przewidzieć odpowiednie kredyty na akcje w zakresie zdrowotności publicznej oraz odpowiednie dotacje dla szpitala, ośrodka zdrowia i in. temu podobnych zakładów; 4) dotacje, udzielane dla szpitali, ośrodków zdrowia i na inne akcje przez Ministerstwo Zdrowia lub inne władze centralne, przechodzą przez budżety odnośnych związków samorządowych. Dotacje te jednak nie mogą być dysponowane na inne cele, niż przeznaczone i bez żadnej zwłoki, w porozumieniu z lekarzem powiatowym lub dyrektorem szpitala, upłynnione na właściwy cel; 5) lekarze okręgowi (wiejscy) podlegają dyspozycjom władz samorządu powiatowego. Działalność ich koordynowana jest przez fachowego kierownika Wydziału Powiatowego, tj. lekarza powiatowego.

Naczelnik Osiecki stwierdza, że aczkolwiek w działalności administracyjnej w wielu wypadkach opierać się jeszcze trzeba na prowizoriach, że środki finansowe przekazane samorządom istotnie są dość szczupłe, że np. tak ważna sprawa, jak sprawa kosztów leczenia niezamożnych mieszkańców gmin, dla naszych terenów nie została jeszcze przez władze centralne unormowana, to tym niemniej wspólnym wysiłkiem, entuzjazmem pracy da się wiele osiągnąć. Naczelnik Osiecki wspomina o tej wydatnej pomocy finansowej Ministerstwa Zdrowia dla omawianych akcyj, o oddaniu się jej całym sercem Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, z Naczelnikiem Drem Anselmem na czele. Naczelnik Osiecki zwraca się z prośbą do obecnego na konferencji Dyrektora Departamentu Ministerstwa Zdrowia, Dra Grynberga o dalszą pomoc, zapewniając, że samorządy województwa krakowskiego dołożą wszelkich starań, aby w zakresie administrowania stosunkami zdrowotnymi osiągnąć możliwie optymalne wyniki. Gdy niewątpliwie, mówi Naczelnik Osiecki, trudności istnieją i muszą być usuwane, to potężną dźwignią dla osiągania należytych wyników jest harmonia i współdziałanie. O to prosimy.

Dr OSKAR ADAM ANSELM Kraków

O glebie i oraczach naszego sanitariatu

Od lutego zeszłego roku, kiedy przystąpiliśmy po dłuższej przerwie do właściwej pracy sanitarnej, wiele się już zmieniło na lepsze. Zaraz po ucieczce okupanta mieliśmy dużo braków materiałowych: w aprowizacji, bieliźnie, opale, środkach komunikacyjnych, lekach itd.

Stopniowo usuwaliśmy i usuwamy je. Są to bolączki przejściowe. Lecz mamy braki zasadnicze, które paraliżują naszą pracę. O tych brakach natury zasadniczej chciałbym powiedzieć tu parę słów.

Podczas ostatniej wojny wiele doświadczyliśmy, z doświadczeń tych możemy wysnuć wiele wniosków.

Przede wszystkim: byt każdego narodu zależny jest od jego liczebności i jego jakości. Więc do podstawowych zadań publicznej Służby Zdrowia należą: zwiększenie przyrostu ludności, czy to drogą zwiększenia liczby urodzeń, czy też zmniejszenia śmiertelności oraz podniesienia tężyzny poszczególnych obywateli.

Rolnicy mają takie powiedzonko: „nie ma złej ziemi, są tylko źli gospodarze". Jeżeli powiedzenie to ma wiele sensu dla podkreślenia nieograniczonych wprost możliwości techniki rolniczej, to w przenośni do sanitariatu nie da się go zużytkować, gdyż w sanitariacie gleba, podłoże, tzn. ludność danego regionu — wsi, czy też miasta ma b. ważne znaczenie i wynik całej działalności naszej zależny jest od dwóch czynników: gleby i oraczy, tzn. lekarzy pracujących w danej miejscowości.

Że podłoża są różne, lepsze i gorsze, stwierdził to dr Witold Chodźko w swej pracy z roku 1928 pt.: „Uzdrowotnienie wsi a organizacja publicznej Służby Zdrowia", w której dowodzi, że „jakkolwiek odsetek zgonów zmniejsza się stale zarówno w miastach, jak i na wsi, tempo tego stopniowego spadku jest wyraźnie niekorzystne dla ludności wiejskiej" tak, że od początku bież. stulecia zaznacza

się tak u nas, jak i w innych państwach europejskich i pozaeuropejskich większa śmiertelność wśród ludności wiejskiej niż miejskiej.

Fakt ten tłumaczy autor tym, że stan sanitarny miast na przełomie XIX i XX wieku znacznie się polepszył z powodu wprowadzenia w miastach instalacyj wodociągowych, kanalizacyjnych, racjonalnego budownictwa itd.

Natomiast wieś pod tym względem została prawie nietknięta, a w całym zespole warunków składających się na całość tzw. „wiejskiego klimatu" pozostało tylko słoneczko i sławetne mleczko, niestety, b. zanieczyszczone bakteriami, często nieobojętnymi dla zdrowia ludzkiego.

Ale nie tylko stan sanitarny wsi tak bardzo się różni od stanu miast. Również lecznictwo na wsi wciąż pozostaje na poziomie epoki Napoleona, kiedy to nadworny jego lekarz Corvisart wprowadził do medycyny perkusję i auskultację.

Przecież rozpoznanie chorób stawiane przez lekarzy pracujących na wsi opiera się dotychczas li tylko na wystukiwaniu i wysłuchiwaniu. W przeciwieństwie do miast, wieś jest pozbawiona możności korzystania z nowszych dodatkowych metod badania, jak to z usług gabinetów rentgenowskich, badań pracowni chemiczno-bakteriologicznych itd.

Na tym nie wyczerpuje się jeszcze różnica między wsią a miastem. Największą bodaj różnicą, której nie da się w krótkim czasie zniwelować, jest bardzo niski poziom wychowania higienicznego ludności wiejskiej. Na przykładach kilku chorób różnicę tę postaram się uwypuklić.

Jeżeli wypadek gruźlicy stwierdzamy w mieście, to bardzo często umiera tylko chory na gruźlicę i więcej nikt w rodzinie nie choruje. Na wsi natomiast nie rzadko całe rodziny wymierają na tę chorobę. Cała rzecz polega na tym, że ludzie z miasta przyzwyczajeni są do plucia do spluwaczek, natomiast ludzie wiejscy plują wciąż jeszcze wokół siebie. I tu nie pomogą żadne wywieszki. Jest to sprawa pewnego nawyku, osiągniętego przez wychowanie domowe, przykład rodziców a zwłaszcza matek.

Wszawica w zakładach średnich w miastach, to rzadkość, w szkołach powszechnych na wsi wg danych statystycznych dochodzi do 80% i więcej. Dlaczego? Z tej prostej przyczyny, że matka miejska w większości wypadków pozbyła się już insektów, natomiast na wsi uważają wesz za konieczność i ze wszami walki, na ogól biorąc, nie prowadzą. Jest to znów sprawa pewnego nawyku i żadne ulotki temu nie zaradzą.

W miastach mamy łaźnie, z których korzystają mieszkańcy miast. Natomiast na wsi mamy znikomą ilość kąpielisk. Jest to duża wina naszego sanitariatu. Zaniedbanie to nas oburza. Lecz nie oburza niestety ludności wiejskiej — kąpielisk ona nie wymaga. Najlepszym dowodem tego jest fakt, że kilkanaście wzorowych kąpielisk wybudowanych przez N. N. K. po I wojnie światowej, wkrótce po uruchomieniu zostały zamknięte z powodu nieuczęszczania do nich ludności wiejskiej. Od tamtego czasu, niestety, wieś się nie zmieniła. W czasie ostatniej okupacji niemieckiej na terenie gromady Klikowej, położonej 3 km od Tarnowa, wybudowano kosztem b. Związku Gmin w domu prywatnym nieduże, lecz bardzo schludne i celowo pomyślane kąpielisko. Oglądając go przed miesiącem marzycielsko pomyślałem, gdyby każda nasza wieś miała takie kąpielisko!

Od czasu wypędzenia okupanta kąpielisko jest nieczynne. Nie wywołało to żadnej reakcji ze strony miejscowego społeczeństwa. Wręcz przeciwnie, żądanie lekarza powiatowego uruchomienia kąpieliska wywołało zdziwienie wójta, który zakomunikował, że tut. Rada Narodowa nie uchwaliła w budżecie żadnych kwot na utrzymanie łaźni, tego „zabytku pookupacyjnego, wybitnie nas Polaków hańbiącego".

Kiedy zaś zwróciłem się do właścicielki domu z zapytaniem, dlaczego oni sami nie chcą eksploatować kąpieliska, przecież dałoby to im większy dochód, niż 50 zł miesięcznego komornego — otrzymałem odpowiedź, że ludność nie zgłasza się do kąpieliska, gdyż wstydzi się kąpać. Ileż to pracy wychowawczej należy jeszcze wykonać, ażeby ludność zaczęła się wstydzić z powodu tego, że z kąpieliska nie korzysta.

W miastach ludność korzysta z ustępów skanalizowanych lub z ustępów podwórzowych wzorowo urządzonych. Natomiast na wsi odchody są dotychczas rozsiane wszędzie na podwórku, za stodołami. Pomysł przymusowego budowania ustępów po wsiach zawiódł na całej linii. Z ustępów nikt nie korzystał. Ludność wiejska nie wymaga jeszcze tego tworu miejskiej techniki sanitarnej. Nawet nasze szkoły wiejskie rzadko posiadają ustępy wzorowe. Dzieci nasze na wsi nieprzyzwyczajone są do racjonalnego korzystania z ustępu, nie używają nawet dotychczas papieru toaletowego i nie myją też nigdy rąk przed jedzeniem, a ręce te niepoślednią rolę odgrywają w rozpowszechnieniu chorób zakaźnych przewodu pokarmowego.

Przykładów takich można by przytoczyć jeszcze wiele, z powodu braku czasu wspomnę tylko jeszcze o jaglicy, o tej typowej chorobie wiejskiej, rozpowszechnianej wskutek niskiego poziomu higieny życia codziennego wsi.

Ciasnota chałup, sypianie w głowach i nogach, prymitywne mycie się i korzystanie ze wspólnych ręczników, sprzyja szerzeniu się jaglicy, którą w miastach spotykamy wyjątkowo.

Na tych kilku przykładach widzimy znaczną różnicę poziomu wychowania higienicznego dziatwy miejskiej i wiejskiej.

Matki w mieście są już często na wysokości swego zadania, natomiast matka wiejska jest nieprzygotowana do swej roli. Nauczycielstwo szkół wiejskich stwierdza na każdym kroku opór rodziców przy wprowadzaniu tych lub owych zarządzeń, mających na celu wychowanie higieniczne dziatwy. Dopóki nie wychowamy nowego pokolenia wsi, tzn. przyszłe matki, będzie istniał zawsze ten opór starszego pokolenia, nigdy nie ruszymy z martwego punktu, bo niema jeszcze obecnie na wsi matki, która dziecko swoje potrafi odpowiednio przygotować do życia. Tę nową matkę trzeba dopiero wychować.

Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę wysoką technikę sanitarną miast, wysoki poziom lecznictwa, oparty na nowoczesnych metodach badania oraz wychowanie higieniczne dziatwy naszych miast, musimy dojść do wniosku, że w pracy swej mamy całkiem odmienne gleby: Polskę A — miasta i Polskę B — wieś.

Musimy dążyć do zniwelowania tych różnic i podniesienia Polski B wzwyż do poziomu Polski A, gdyż wieś karmicielka miast, dostarczycielka nabiału, jarzyn i innych produktów spożywczych, będzie zawsze źródłem zakażenia ludności miejskiej.

Już przed wojną ostatnią zaznaczył się w miastach pęd w kierunku ograniczenia wyjazdów latem na wieś, gdyż zauważono, że często po powrocie z letnich wywczasów w rodzinie ktoś zapadł na dur brzuszny, malarię, gruźlicę lub inne choroby zakaźne. Ażeby podnieść Polskę B wzwyż, trzeba nareszcie i przede wszystkim zająć się wychowaniem higienicznym dziatwy szkolnej, za pośrednictwem szkoły i szkolnych kół młodzieży P. C. K., co w konsekwencji podniesie wymogi wsi, słowem trzeba gruntownie przeorać glebę.

Po takim przygotowaniu gleby można będzie dopiero budować łaźnie, ustępy itd. Wszystkie te urządzenia, wprowadzone przedwcześnie, na gruncie nieprzygotowanym, skazane są na takie samo niepowodzenie, jakie spotkało łaźnie wybudowane w latach 1920—23.

Byłoby to nieuzasadnionym marnowaniem grosza publicznego, co więcej, po odpowiednim przygotowaniu, ludność sama pragnąć będzie podniesienia stanu sanitarnego swoich osiedli i sama będzie się o to starać bez pomocy funduszów państwowych.

Praca, o której mowa jest poważna i duża. Dlatego powinna być rozłożona na szereg lat i może być dokonana wspólnymi siłami Ministerstw: Oświaty i Zdrowia przy czynnym współudziale P. C. K., która to instytucja nigdy nie cofa się przed ofiarną pracą. zmierzającą do podniesienia zdrowotności kraju. Najwięcej zainteresowani w tej akcji i odpowiedzialni za jej wynik są lekarze. Toteż muszą oni pójść w szeregi pierwszych oraczy. Muszę tu, niestety, stwierdzić, że świat lekarski nie bardzo garnie się do pracy w zakresie higieny i służby sanitarnej. Wolą poświęcać się lecznictwu.

Przy zetknięciu się z lekarzami w Wydziale Zdrowia, w terenie na konferencjach daje się nieraz wyczuć ten — powiedzmy delikatnie — nie bardzo entuzjastyczny stosunek do medycyny społecznej. U niektórych lekarzy głęboko tkwi przekonanie, że praca społeczna doprowadzi w konsekwencji w krótkim czasie do całkowitego zaniku praktyki prywatnej.

Nastawienie lekarzy do medycyny społecznej najlepiej można poznać przez bliższe wejrzenie do działalności Ośrodków Zdrowia. Ośrodki Zdrowia, zwłaszcza prowincjonalne, muszę to stwierdzić, funkcjonują bardzo słabo. Wiele składa się na to przyczyn; poruszymy to w dyskusji. Przede wszystkim mało mamy pielęgniarek wykwalifikowanych. Często bywa i tak, że dobra, wykwalifikowana pielęgniarka współpracuje z kierownikiem Ośrodka Zdrowia — nie entuzjastą medycyny społecznej — demoralizuje się i w rezultacie staje się mało wartościową w akcji profilaktycznej.

Duszą Ośrodka Zdrowia jest pielęgniarka, lecz kierunek nadaje zawsze lekarz. Jeżeli należytego kierownictwa niema, dusza z czasem się wypacza. Niestety z przykrością musimy stwierdzić, że nie zawsze mamy na stanowisku kierowników Ośrodków Zdrowia lekarzy całkowicie oddanych idei tej instytucji. Bywa nawet tak, że burmistrz miasta — lekarz całkiem nie interesuje się medycyną społeczną i nie dba o Ośrodek Zdrowia. W roku bieżącym przystąpiliśmy do zorganizowania przy Powiatowych Ośrodkach Zdrowia gabinetów dentystycznych międzyszkolnych. Gabinety te mają obsługiwać wyłącznie dziatwę szkolną szkół powszechnych i średnich miasta powiatowego. Akcja celowa, przyjęta zewsząd bardzo przychylnie. Kłopoty mamy tylko z lekarzami dentystami — w kilku powiatach nie chcą zająć proponowanych stanowisk, rzekomo z tego powodu, że akcja ta może ujemnie wpłynąć na ich praktykę prywatną. Ale czyż można w ogóle na serio o tym mówić, jeżeli w tych miastach powiatowych, gdzie mamy wspomniane trudności organizacyjne, jest tylko jeden lekarz dentysta, jeżeli w krakowskim województwie szereg powiatów jest w ogóle pozbawiony pomocy dentystycznej.

Bywają, niestety, wypadki, kiedy jedyny w mieście lekarz odmawia przyjęcia stanowiska lekarza domowego Ubezpieczalni Społecznej.

Podobny stosunek do pracy społecznej bez wszelkich szans powodzenia przeciwstawia się normalnej ewolucji stosunków lekarskich w kraju.

Przecież byłoby nie do pomyślenia teraz zlikwidowanie bezpłatnej opieki lekarskiej dla pracowników fizycznych, umysłowych i emerytów. Również nikt by nie wystąpił obecnie z projektem zaniechania pracy zapobiegawczej przeciwko chorobom społecznym, zwłaszcza po tej ostatniej wojnie, która spowodowała niesłychany wzrost zapadalności na gruźlicę i kiłę.

A przecież praca ta należy do wyłącznej kompetencji Ośrodków Zdrowia. Przed pół wiekiem jeszcze, na terenie miasta powiatowego był tylko lekarz powiatowy, samorządowy, gimnazjalny i koniec na tym; reszta, to byli lekarze wolno praktykujący. Wówczas to, gdy nie istniały poradnie samorządowe, ośrodki zdrowia, ubezpieczalnie społeczne itp. instytucje, wielu z lekarzy w pewnych dniach i godzinach przyjmowało chorych w swoim prywatnym gabinecie bezpłatnie. Pragnęli w ten sposób podkreślić, że powołani są do ratowania zdrowia, bez względu na to, czy chorzy mogą płacić, czy też nie. Wskutek znacznej ewolucji poglądów i stosunków społecznych obecnie nie spotykamy anonsów o bezpłatnym leczeniu. Teraz lekarze mają inną furtkę dla swego sumienia.

Od tego czasu dużo wody upłynęło — medycyna znacznie się upowszechniła. Już przed wojną ostatnią w mieście wojewódzkim, gdzie pracowałem, na 70 czynnych lekarzy — lekarzy wyłącznie prywatnych było tylko 2. Prawie wszyscy zajmowali różne stanowiska w agendach publicznej służby zdrowia, posiadając przy tym również i praktykę prywatną.

Znika — trzeba przyznać — typ lekarza wyłącznie wolno praktykującego. Lecz praktyka prywatna nieprędko zniknie. Jako dowód tego wskazać można Rosję, państwo, gdzie przecież najradykalniej rozwiązano zagadnienie opieki lekarskiej, a przecież i w Rosji istnieje prywatna praktyka lekarska, co przed 7 laty osobiście stwierdziłem.

U nas było zawsze lekarzy za mało, obecnie zaś przy stracie przeszło 50% lekarzy mamy pokrycie zaledwie 1/4 części normalnego zapotrzebowania na lekarzy w kraju. Lekarz przeto powinien by u nas pracować za 4. Wobec tego, gdy będzie pracował normalnie w instytucjach publicznej służby zdrowia, będzie miał na pewno i praktykę prywatną, o to nie ma obawy u nas jeszcze przez szereg dziesiątków lat.

Obserwując życie lekarskie w ciągu 30 lat, obiektywnie z naciskiem muszę stwierdzić, że największym wzięciem u ludności cieszą się lekarze czynnie pracujący w szpitalach i ośrodkach zdrowia, zwłaszcza ci, którzy mają jednakowe podejście do chorego, niezależnie od tego, czy zgłasza się on do ośrodka zdrowia, czy też do prywatnego gabinetu.

Ten zaś lekarz, który mówi, że jeżeli chory chce być dokładnie zbadanym, winien zgłosić się w jego prywatnym gabinecie i dobrze mu zapłacić, o ile zaś nie ma pieniędzy, to niech się w ogóle nie leczy, ten lekarz postępowaniem swoim szkodzi sam sobie. Tego typu lekarze nigdy nie mogą dojść do rozległej praktyki, albowiem fama o ich postępowaniu prędko przenika masy i tracą oni szacunek, zaufanie i wzięcie u chorych.

Ci zaś lekarze, którzy traktują chorych jednakowo, dokądkolwiek by się zgłosili, mają zawsze rozległą praktykę lekarską. Mogą zabezpieczyć dobrze swoją rodzinę na starość, a jeszcze długo, długo po ich śmierci w społeczeństwie mówią: „O! to był lekarz".

Wierzajcie mi, kochani współpracownicy, że przystępując do orki nietkniętej gleby wiejskiej, nie tylko nie uszczuplacie praktyki lekarskiej, lecz odwrotnie, powiększycie ją. Bo, gdy wzrosną wymogi kulturalne wsi, równocześnie też zwiększy się zapotrzebowanie ludności wiejskiej na fachową pomoc lekarską.

Mieliśmy przecie piękne postacie lekarzy-społeczników: w Kongresówce — Dr Alfred Sokołowski, Chełmoński, w Wilnie — dr R. Radziwiłowicz, Karaffa-Korbut, G. Sztolcman, W. Odyniec w Nowogródczyźnie — Bütner, na Polesiu — Winkler, A. Pacewicz, na Wołyniu — dr W. Weselski, do którego w dniu jego imienin zjeżdżali się wszyscy lekarze z całego powiatu kowelskiego; w pow. Biała-Krakowska w tym roku zmarły dr W. Dziewoński i wielu, wielu innych.

Wszyscy oni cieszyli się b. wielkim szacunkiem i zaufaniem ludu i właśnie oni mieli b. rozległą praktykę lekarską, to przecież zawsze idzie w parze. Cześć ich pamięci!

Mamy i teraz wielu lekarzy-społeczników tak wśród lekarzy szpitalnych czy ubezpieczalni społecznych, jak również wśród pracujących w zapadłych kątach naszego kraju lekarzy okręgowych lub gminnych. Widziałem już takich, którzy 6 km idą drogą polską p e r p e d e s a p o s t o l o r u m do chorego, gdyż otoczenie nie posiada środków lokomocji. Widziałem tę pracę pełną poświęcenia dla ludu naszego i chylę czoło przed tymi bohaterami, lecz niestety w masie lekarskiej — z przykrością muszę to stwierdzić — istnieje to niechętne i lekceważące nastawienie do medycyny społecznej, o którym właśnie mówiłem.

Toteż, jeżeli głębiej zastanowimy się nad głównym zadaniem publicznej Służby Zdro-

wia, to dojdziemy do wniosku, że dla szybszego osiągnięcia wytkniętego celu należy w pierwszym rzędzie zająć się orką: tam gleby — tu psychiki lekarskiej.

Śmiem sądzić, że tu leży sedno sprawy.

MICHALINA WILCZYŃSKA — Kraków

Ośrodki zdrowia na terenie województwa krakowskiego

Ustawa o publicznej służbie zdrowia z dnia 15. VI. 1939 r. określiła rolę ośrodka zdrowia jako podstawowej jednostki zapewniającej ludności opiekę zdrowotną oraz sprawującej pieczę nad warunkami higienicznymi jej bytowania. Okólnik Ministerstwa Zdrowia z dnia 18. IX. 1945 r. Nr 21/45 o organizacji służby zdrowia na wsi, podkreślił jeszcze bardziej, jeśli można to powiedzieć, rolę ośrodka zdrowia w organizacji lecznictwa otwartego i powierzył im rolę ośrodka koncentrującego i koordynującego dażenia wszystkich instytucyj Służby Zdrowia w tym kierunku.

Wszyscy wiemy, czym był ośrodek zdrowia przed wojną — naczelne zadanie: walka z chorobami społecznymi i profilaktyka, lecznictwo ogólne tylko dla niezamożnych. Obecnie w myśl w/w podanego okólnika walka z chorobami społecznymi jest tylko jedną częścią zadania ośrodka zdrowia, drugą częścią jest dział lecznictwa z wyeliminowaniem pojęcia ubóstwa jako tytułu korzystania z ośrodka zdrowia. Ośrodek zdrowia w nowym pojęciu jest otwarty dla każdego potrzebującego, niezależnie od jego pozycji materialnej. Poza tym okólnik Ministerstwa Zdrowia poleca dażyć do stwarzania jak największej liczby ośrodków zdrowia przez stwarzanie ich w siedzibach lekarzy okregowych, a w przyszłości starać sie, aby każda gmina posiadała własny ośrodek zdrowia.

To mówią zarządzenia, a jak przedstawia się życie?

Jeśli chodzi o woj. krakowskie, to mamy na jego terenie 102 okręgi lekarskie i 221 gmin zbiorowych. Powinniśmy więc dążyć w pierwszym rzędzie do utworzenia 102 ośrodków, a następnie Woj. Krakowskie winno posiadać 221 ośrodków, wyłączając miasto Kraków.

Tymczasem nie wszystkie okręgi lekarskie są obsadzone przez lekarzy, jest ich tylko 64. ośrodków zdrowia natomiast posiadamy 67. Co prawda, nie wszystkie ośrodki zdrowia są takie, o jakich mówią rozporządzenia, ale są już zaczątkami przyszłych ośrodków zdrowia. Z liczb tych wynika, że naczelny postulat „gdzie lekarz okregowy, tam Ośrodek Zdrowia" jest wypełniony. Chodzi obecnie o to, aby ośrodki te z jednej strony znalazły trwałe oparcie finansowe, z drugiej, aby pogłębiły swoją pracę w terenie.

Jeśli chodzi o podstawy finansowe ośrodków zdrowia, to zarówno ustawa z 1939 r., jak i okólnik z 1945 r. uważa ośrodki zdrowia za instytucje samorządowe, a tym samym winny one znaleźć miejsce w budżetach samorządowych, Ministerstwo Zdrowia pozostawia sobie subwencjonowanie ośrodków zdrowia.

Z chwilą zaczęcia pracy ośrodków zdrowia na terenie Woj. Krakowskiego z początkiem roku 1945 stan finansowy ośrodków zdrowia był całkowicie uzależniony od subwencji Ministerstwa Zdrowia. Subwencje te Wydział Zdrowia przekazywał na własne konto ośrodków zdrowia (w tym czasie Wydziały Powiatowe nie były jeszcze zorganizowane).

Od nowego roku budżetowego, tzn. od 1. IV. 1946 r. Wydział Zdrowia w porozumieniu z Wydziałem Samorządu subwencje na Ośrodki Zdrowia zaczął przekazywać Wydziałom powiatowym jako prawnym właścicielom ośrodków zdrowia. Jedynym zarządzeniem, jakie Wydział Zdrowia wydal również w porozumieniu z Wydziałem Samorządowym, w związku z przekazywaniem subwencji i prowadzeniem ośrodków zdrowia, było zarzadzenie z dnia 17. I. 1946 r. w sprawie wzięcia na etat samorządowy pracowników ośrodków zdrowia, zastrzeżenie co do wydawania subwencji tylko na cele ośrodków zdrowia i dysponowania tymi subwencjami za pośrednictwem lekarzy pow. W ten sposób w roku 1946 w ciagu 9 mies. przekazano na cele ośrodków zdrowia łączną kwotę 16.813.200 zł z tym, że na walkę z gruźlicą od mies. VIII. daje N. K. W. E i kwot tych tu sie nie wlicza. Z sumy tej na utrzymanie ośrodków zdrowia przypada 5.310.000, na remont i urzadzenie O. Z. 8.155.200, na organizacje lecznictwa stomatologicznego (poradnie dentystyczne szkolne i ruchome ambulanse dent.) 2.500.000, na organizację lecznictwa dla dziatwy szkolnej 800.000 i na przeszkolenie personelu pielęgniarskiego 48.000 zł.

Nie mogę podać cyfr, jakie w tym czasie wydal na ośrodki zdrowia samorzad terytorialny, jego prawny właściciel, ale śmiało możemy powiedzieć, że i w tym roku ciężar utrzymania ośrodków spoczywał na barkach Państwa. Co gorzej, jak wykazały inspekcje tut. Wydziału Budż., niektóre Wydziały Pow. nie wykonały naszego zarzadzenia z dnia 17. I. br., a co gorsza ociągały się z wypłatą subwencyi państwowych na cele ośrodków zdrowia. Tak dalej być nie może. Jeśli ośrodki zdrowia mają pogłębić swoją pracę, co będzie rozważane w następnym punkcie mojego referatu, muszą mieć zapewnione podstawy finansowe. Praktyka wykazała, że

najlepiej byłoby, aby ośrodek zdrowia miał własne konto i pieniądzmi mógł w każdej chwili dysponować kierownik ośrodka zdrowia. Prawo każe całe budżetowanie oddać w ręce jego właściciela, a więc Wydziału Pow. Chodzi tylko o to, aby Wydział Pow. zrozumiał swoje obowiązki i zechciał z nich się wywiązywać. Sprawę pozostawiam do dyskusji na posiedzenie popołudniowe. Zebrane wnioski będą obowiązujące dla nas. Wydział Zdrowia w porozumieniu z Wydziałem Samorządowym opracuje je i w formie zarządzeń prześle Wydziałom Powiatowym.

Przechodzę obecnie do następnego zagadnienia, mianowicie do pracy w ośrodkach zdrowia i jej stałego pogłębiania. Wg wymagań okólnika Nr 21/45 w ośrodku zdrowia winni być zatrudnieni: lekarz, pielęgniarka, położna i kontroler sanitarny. Tak obsadzonych ośrodków zdrowia na terenie Woj. Krakowskiego nie posiadamy. Chcielibyśmy, aby w naszych 67 ośrodkach były wszędzie pielęgniarki, ale i tego nie mamy. W 13 ośrodkach nie ma zupełnie pielęgniarek, w 26 ośrodkach są osoby pełniące funkcje pielęgniarek bez żadnych kwalifikacji, a tylko w 28 ośrodkach jest personel w pełni kwalifikowany. Czy wobec powyższego praca ośrodków zdrowia może być na wysokości zadania, tym bardziej, że w większości O. Z. jest tylko jedna pielęgniarka i to nie mogąca wyżyć ze swej skromnej pensji, przeciążona pracą administracyjną i rozdzielczą (dożywianie), nie mająca często czasu na pracę w terenie, a tym samym wypaczająca ideę O. Z.

Zakres ośrodków zdrowia coraz bardziej się powiększa. Oprócz zasadniczych działów pracy w zakresie zwalczania chorób społecznych, higieny szkolnej i ogólnego lecznictwa, praca ośrodków zdrowia powiększyła się o poradnie dentystyczną, w najbliższym czasie powiększy się o całkowite lecznictwo dziatwy szkolnej (specjalne kredyty), a następnie trzeba byłoby pomyśleć również o stworzeniu izb porodowych przy ośrodkach zdrowia i objęciu przez O. Z. nadzoru nad stanem sanitarnym okręgu.

Praca b. rozległa, ale nie na ręce jednego lekarza i jednej pielęgniarki przy obecnym uposażeniu. Możemy dużo wymagać, ale musimy również coś w zamian dać tym ludziom.

I tu Ministerstwo Zdrowia daje wyjście z sytuacji. Chce zgodnie z w/w okólnikiem, aby ośrodki zdrowia były instytucjami koordynującymi wysiłki wszystkich instytucyj pracujących dla zdrowia społeczeństwa. Ośrodek zdrowia ma być placówką samorządową, ale w oparciu o Ubezpieczalnię Społeczną, Związki Samopomocy Chłopskiej, Spółdzielni Zdrowia, gminy miejskie i wiejskie. Jeżeli na cele ośrodka zdrowia będą łożyły wszystkie w/w instytucje, gdy Ministerstwo Zdrowia przyjdzie z wydatną pomocą Wydziałom Pow., będzie można wyposażyć ośrodki zdrowia zarówno w odpowiedni do wymagań sprzęt, jak i odpowiednio wynagrodzić siły pracujące w ośrodkach zdrowia.

Sprawę uposażenia lekarzy i pielęgniarek pragnąłbym poruszyć w dyskusji poobiedniej.

Co do personelu pielęgniarskiego, to ogólny brak pielęgniarek każe nam mimo naszej woli korzystać z personelu niekwalifikowanego. Tak sprawy jednak się nie zostawia. W Krakowie jest wyznaczony ośrodek zdrowia dla szkolenia personelu, pracującego w terenie. Każdy kierownik O. Z. w porozumieniu z pielęgniarką woj. może przesłać na 2—4-tygodniowe przeszkolenie pielęgniarkę, która na koszty utrzymania w Krakowie otrzyma kwotę 3.000 zł (w zależności od długości pobytu) z kwot przekazywanych specjalnie na ten cel przez Ministerstwo Zdrowia. Przeszkolenie tego rodzaju już się rozpoczęło.

Wydział Zdrowia zdając sobie sprawę, że nie od razu mogą wszystkie ośrodki zdrowia stanąć na wysokości zadania, zarówno pod względem wyposażenia, jak i personelu, postanowił w pierwszym rzędzie położyć nacisk na ośrodki w miastach powiatowych, następnie w mniejszych miasteczkach, a na koniec po wsiach. W tym celu staramy się, aby każdy ośrodek zdrowia miał mikroskop, aparat odmowy i Roentgena, rozszerzony został o następujące działy pracy: poradnie dentystyczne, poradnie szkolne i laboratorium. Jeżeli chodzi o ludzi, to w pow. ośrodku zdrowia powinno pracować kilku lekarzy, w tym specjaliści, kilka pielęgniarek, położna i kontroler sanitarny.

Tak wyposażony ośrodek zdrowia będzie ośrodkiem centralnym, do którego wszystkie inne będą mogły kierować wątpliwe wypadki. Wyposażenie materiałowe jest już na ukończeniu, z obsadą ludzi jest trochę gorzej, brak głównie pielęgniarek stawia pracę dobrze wyposażonego O. Z. pod znakiem zapytania. Czas jednak i te braki wyrówna. W niedługim czasie będziemy mogli powiedzieć, że mamy już 102 ośrodki zdrowia i że wszystkie pracują zgodnie z wydanymi zarządzeniami.

Tematy do dyskusji:

1. Budżety ośrodków zdrowia. 2. Przekazywanie subwencji. 3. Uposażenie personelu. 4. Sprawa dodatkowych premii za pracę. 5. Zakres pracy ośrodków zdrowia.

DYSKUSJE

I. dzień obrad

Wicewojewoda R u b i ń s k i.

Otwierając II część obrad, przystępujemy do dyskusji nad działalnością ośrodków zdrowia. Przypominam cenne uwagi zawarte na ten temat w referacie nacz. O s i e c k i e g o. Dalszego tematu do dyskusji dostarczył referat instr. W i l c z y ń s k i e j oraz sprawozdania lekarzy powiatowych.

Dr S z u m s k i (Myślenice).

Odnośnie przekazywania pieniędzy na ośrodki zdrowia, wygodniejszym sposobem było przekazywanie lekarzowi powiatowemu subwencji bezpośrednio, jednak bardziej celowym sposobem nie obarczającym lekarza powiatowego czynnością kasjera i buchaltera i nie narażającym go na możliwość kradzieży jest sposób proponowany przez instr. W i l c z y ń s k ą przekazywania kredytów Wydziałowi Powiatowemu.

Prowadząc od 1927 r. ośrodek zdrowia w Myślenicach, który przetrwał wszystkie fazy ewolucji uważam, że powinien on obejmować: poradnię p/gruźliczą, p/weneryczną, gabinet dentystyczny i pogotowie położnicze. W powiecie myślenickim odczuwa się brak sił lekarskich, pielęgniarek i położnych. W powiecie jest 9 lekarzy, stąd brak sił fachowych dla prowadzenia 4 ośrodków. Przyczyną słabego rozwoju ośrodków zdrowia w powiecie myślenickim jest wspomniany brak lekarzy, ważną przeszkodę w osiedlaniu się lekarzy stanowi trudność w uzyskaniu dla nich mieszkania.

Dr K a l i s t a.

Daje się zauważyć odpływ sił pielęgniarskich i pomocniczych z ośrodków zdrowia spowodowany zbyt niskim uposażeniem i niedostatecznym uwzględnieniem personelu przy przydziałach żywnościowych i tekstylnych. W hierarchii potrzeb stawiam dziś wobec olbrzymiego zagruźliczenia kraju na pierwszym miejscu poradnie przeciwgruźlicze, potem p/weneryczne ze względu na znaczny wzrost chorób wenerycznych, następnie stację opieki nad matką i dzieckiem która powinna być połączona z dobrze zorganizowaną kuchnią mleczną.

Teren działania poradni przeciwgruźliczej nie powinien obejmować obszaru większego, jak 15—20 km. Poradnia winna w pierwszym rzędzie izolować siewców gruźlicy. Walka z gruźlicą winna oprzeć się na czynniku społeczno-obywatelskim, zrzeszonym w towarzystwach przeciwgruźliczych lub higienicznych, skupiających ludzi dobrej woli, chcących się poświęcić pracy społecznej.

Dr P i e t r u s z e w s k i lekarz pow. z Miechowa.

Subwencje dla ośrodków zdrowia winny być przekazywane Wydziałowi Powiatowemu jako gospodarzowi ośrodka. Budżet ośrodka winien być włączony do budżetu Wydz. Powiatowego, który ze swej strony powinien przeznaczyć co najmniej 20% ogólnej sumy budżetu na sprawy zdrowia.

Ze względu na lepsze uposażenie w innych instytucjach, lekarze i pielęgniarki porzucają pracę w ośrodku zdrowia. Ucieczkę tę należy zahamować przez podwyższenie uposażeń pracownikom ośrodka zdrowia. Lekarze ustosunkowują się pozytywnie do współpracy z Wydziałem Samorządowym.

Dr K r u p a — lekarz powiatowy z Bochni.

Wypadki zużytkowywania przez Wydziały Samorządowe subwencji przekazywanych na sprawy zdrowia niezgodnie z przeznaczeniem nie zdarzają się już więcej. Płace personelu ośrodków powinny być zrównane z płacami pracowników Ubezpieczalni Społecznych. Poruszana sprawa powszechnego bezpłatnego lecznictwa jest przedwczesna i powinna być ograniczona wyłącznie do bezpłatnego leczenia chorób społecznych.

W terenie daje się odczuwać brak ulotek propagandowych. Brakiem tym winien się zająć Wydział Zdrowia.

Niepokojącym jest fakt zmniejszenia się ilości położnych w powiatach, które dochodzi do 50%, poprawić ten stan należy przez zmniejszenie wymaganego cenzusu oraz skrócenie czasu trwania nauki do jednego roku.

Katastrofalnemu spadkowi lekarzy-dentystów należy przeciwdziałać przez utworzenie w okresie co najmniej najbliższych 10 lat, oddziałów stomatologicznych przy każdym Wydziale Lekarskim.

W związku z projektem ustawy o publicznej służbie zdrowia, należy zająć się przygotowaniem terenu a więc budową ośrodków zdrowia odpowiadających swemu przeznaczeniu i przygotowaniu odpowiednich mieszkań dla lekarzy. Samorząd w dzisiejszym stanie kosztom tym podołać nie będzie mógł, wobec czego winno w tej akcji dopomóc wydatnie Państwo.

Dr K u c h t a — lekarz pow. z Chrzanowa.

Szkodliwą dwutorowością dla pracy ośrodka zdrowia są poradnie Opieki nad Matką i Dzieckiem, zakładane przez instytucje podległe Ministerstwu Przemysłu. W Trzebini tego typu poradnia opłaca lekarza w wysokości 30.000 zł miesięcznie. Podobne poradnie organizuje w Chrzanowie RTPD i Zarząd Kopalni Węgla w Jaworzu. Poradnie te, dając lepsze uposażenie lekarzom, przyciągają ich z ośrodków zdrowia. Jest to robota

rozbijacka. W toku są pertraktacje mające doprowadzić do scalenia tych poradni. Współpraca ośrodka zdrowia ze szpitalem w Chrzanowie nie jest zadowalająca. Na terenie powiatu jest duży brak lekarzy-dentystów i uprawnionych techników dentystycznych i w związku z tym uruchomienie gabinetu dentystycznego w ośrodku zdrowia napotyka na duże trudności.

Dr Adwentowski
lekarz pow. z Chrzanowa.

Samorząd powiatowy nie jest w możności przy dotychczasowej subwencji państwowej utrzymywać placówki służby zdrowia na odpowiednim poziomie. Osobowy budżet roczny ośrodka powinien wynieść 350.000—400.000 zł. Należy samorządom stworzyć źródła dochodu dla pokrycia wydatków związanych z utrzymywaniem placówek służby zdrowia w formie zaprowadzenia powszechnego ubezpieczenia lub powszechnej daniny. Procent budżetu samorządu przeznaczonego na sprawy zdrowia waha się w granicach od 3—14%, zależnie od powiatu. Procent ten powinien być ściśle określony i wyznaczony.

Dr Bielski
Dyr. Szpitala w Dąbrowie Tarnowskiej.

Samorząd w powiecie Dąbrowa Tarnowska ma zrozumienie dla spraw zdrowia i wypełnia swe obowiązki w 100%. Jednak ośrodki zdrowia nie mają zaufania do samorządu. Należy dążyć do uzyskania poprawy przez ściślejszą współpracę kierowników poszczególnych placówek. Niedostateczna działalność ośrodków zdrowia ma swą przyczynę w braku zaufania miejscowej ludności do tej instytucji.

Dr Chrząszczewski
lekarz pow. z Wadowic.

Mimo dwudziestoletniego istnienia instytucji ośrodka zdrowia, do dziś ośrodki nie mają jeszcze skrystalizowanej formy, wyznaczonego terenu działania, zabezpieczonego budżetu i zorganizowanej dostawy leków. Ustawowym gospodarzem ośrodków jest samorząd, który jednak broni się przed przejęciem tego ciężaru wszelkimi sposobami, na ogół ogranicza się on tylko do rozprowadzania subwencji państwowych. W rezultacie ośrodek zostaje zawieszony w próżni. Faktycznym gospodarzem ośrodka jest lekarz powiatowy. Należy przez Urząd Wojewódzki zmusić samorząd do przejęcia ośrodków zdrowia. Rachunkowość ośrodka jest ciężarem, któremu lekarz powiatowy podołać nie może. Pożądanym byłoby sprecyzowanie warunków płacy dla pracowników ośrodka.

Dr Ciećkiewicz
lekarz naczelny U. S. w Krakowie.

Powodem dotkliwego braku lekarzy w terenie jest m. i. ich złe rozmieszczenie i niskie uposażenie lekarzy w ośrodkach zdrowia. Uposażenie to musi być zrównane ze stawkami płaconymi przez U. S. To samo dotyczy i pielęgniarek. Ośrodki zdrowia nie spełniają swego zadania również i dlatego, że mieszczą się w budynkach na ten cel nieprzystosowanych. Należy już obecnie przystąpić do rozplanowania w terenie standartowych ośrodków a w odpowiednim czasie przystąpić do ich budowy.

Dr Rudnicki
lekarz pow. z Nowego Sącza.

Na terenie powiatu nowo-sądeckiego uzgodniono sprawy związane z utrzymaniem ośrodków w ten sposób, że 50% kosztów pokrywane są z subwencji Wydziału Zdrowia, 25% przez Wydział Powiatowy i 25% przez gminę.

Wicewojewoda Rubiński

Utyskiwania na problem mieszkaniowy są słuszne i poczyniłem ze swej strony kroki zmierzające do znalezienia w terenie mieszkań dla lekarzy.

Ustawa o publicznej służbie zdrowia będzie miała pewien okres wprowadzający. Samorządy będą musiały więcej uwagi poświęcić sprawom zdrowia, niż to dotychczas miało miejsce w szeregu powiatach. Rachunkowość ośrodków zdrowia powinna być prowadzona przez Wydziały Powiatowe, przystosowane do tego rodzaju pracy. Słusznym jest apel naczelnika Osieckiego, by związać ściślej pracę ośrodków zdrowia ze służbą samorządową. Na tym odcinku pracy dołożę wszelkich starań i wydam odpowiednie instrukcje.

Dr FELIKS WESTRYCH — Kraków

Walka z chorobami zakaźnymi na terenie wojew. krakowskiego

Walka z chorobami zakaźnymi, tzn. zapobieganie im i ich zwalczanie, jest zadaniem Komisariatu do Walki z Epidemiami przy Wojewódzkim Wydziale Zdrowia. Chcę przedstawić w krótkości dane, dotyczące chorób zakaźnych na naszym terenie, omówić w krótkości sposoby walki z nimi.

Dur plamisty.

Pomimo, jakby się zdawało, najbardziej sprzyjających warunków, wynikłych ze straszliwego zniszczenia kraju przez okupanta i niezwykle masowej emigracji narodu, uniknęliśmy szczęśliwie groźnej epidemii duru plamistego. W porównaniu z okresem po pierwszej wojnie światowej, obecny okres dał nam mniej, jak 10% ilości zachorowań na dur plamisty w Polsce.

Gdy w r. 1919 zarejestrowano w Polsce 219.088 przypadków duru plamistego, to w r. 1945 zarejestrowano 15.808 przypadków duru

plamistego a w pierwszym półroczu 1946 r. 3.113; w wojew. krakowskim w r. 1945 zarejestrowano 925 a w r. 1946 (11 miesięcy) 244.

. Na tego rodzaju pomyślny stan odnośnie duru plamistego wpłynęło szereg okoliczności:

odporność nabyta u części ludności pochodzącej zwłaszcza z terenów wschodnich gdzie ludność chorowała w czasie okupacji na tę chorobę, takaż odporność wielu repatrantów ze Wschodu, ogromne znaczenie miało masowe szczepienie przeciw durowi plamistemu 5-milionowej armii niemieckiej, walczącej na froncie wschodnim, szczepionką Weigla, wreszcie planowa, energiczna akcja zapobiegawcza zastosowana przez sanitariat polski (N. N. K.) na samym początku odrodzenia Polski. nie bez znaczenia był również preparat D. D. T.

Zagadnienie walki z durem plamistym nie jest jednak jeszcze ukończone, obecna zima i wiosna 1947 r. mogą nam jeszcze dać miejscowe ogniska epidemiczne wśród ludności mieszkającej w warunkach antysanitarnych.

Ze względu na to, że w porównaniu z rokiem ubiegłym nasz aparat wykonawczy został od 1. stycznia 1947 r. znacznie zredukowany, mogą wyniknąć pewne trudności w zwalczaniu ognisk epidemicznych. Z istniejących w r. 1946 29 kolumn 3-osobowych pozostaje na rok 1947 tylko 8 zespołów p/epidemicznych 3-osobowych w następujących powiatach: Biała Krakowska, Wadowice. Żywiec, Limanowa, Nowy Sącz, Nowy Targ, Tarnów i Miechów, przy pozostawieniu niezmienionej kolumny wojewódzkiej. Jak z tego wynika, ciężar pracy w terenie zostanie przeniesiony na kolumnę wojewódzka. Ze względu jednak na zmotoryzowanie kolumny wojewódzkiej, nie będzie trudności w szybkim przerzucaniu pracowników woj. kolumny w teren dla szybkiego stłumienia ewentualnego ogniska. W powiatach pozbawionych kolumny, część pracy zapobiegawczej winny objąć terenowe ośrodki zdrowia, Ubezpieczalnia Społeczna, Higiena Szkolna Sanitariat U. B., Sanitariat Kolejnictwa i terenowe placówki P. C. K.

W okresie obecnym „sezonowym" dla duru plamistego powinni lekarze powiatowi poświęcić szczególną uwagę punktom etapowym PUR-u, należy zwiększyć nadzór nad stanem sanitarnym dworców kolejowych i domów noclegowych, należy opiekę sanitarną roztoczyć nad więźniami, ewent. obozami pracy. Sprzęt dezynfekcyjny, jak komory i kąpieliska, należy utrzymywać w stanie używalności i wobec braku proszku DDT szeroko z nich korzystać. Należy również zająć się stanem kąpielisk stałych w terenie. W bieżącym roku przydzieliliśmy na remont kąpielisk kwotę 1.500.000 zł. Z wyjątkiem powiatu myślenickiego, dotychczas żaden inny powiat nie przesłał sprawozdania z wykorzystania powyższych sum. W terenie naszym posiadamy 30 kąpielisk stałych, 16 przenośnych, 29 komór stałych, 29 przenośnych, 610 rozpylaczy do prosku DDT, 3 benzynowe agregatory. W obecnym czasie należy energicznie zająć się zwalczaniem wszawicy za pomocą istniejącego aparatu dezynfekcyjnego, zwracając szczególną uwagę na odwszawianie na punktach etapowych repatriacyjnych, dworcach, domach noclegowych itd. Ważna jet planowa akcja odwszawiania w szkołach.

Posiadany przez nas zapas szczepionki przeciw durowi plamistemu pozwoli nam zaszczepić poza personelem lekarskim i sanitarnym jeszcze pewne zorganizowane grupy ludności, mogące się zetknąć z chorym na dur plamisty. Zwalczanie ognisk epidemicznych duru plamistego winno się oprzeć przede wszystkim na aparacie lokalnym pod kierownictwem lekarza powiatowego. Jeśli lekarz powiatowy rozporządza kolumną, powinien ognisko epidemiczne zlikwidować własnymi siłami. W okresie epidemii ma prawo do jej zwalczenia przymusić lekarzy pracujących w jego powiecie. Lekarz nie posiadający kolumny powinien za pomocą odpowiednich zarządzeń w pierwszym rzędzie uniemożliwić rozpowszechnienie się epidemii przez ograniczenie ruchu ludności, zamknięcie szkół itd. i równocześnie wezwać pomocy kolumny wojewódzkiej. Praca kolumn w terenie winna się odbywać ściśle wg szczegółowej instrukcji dla kolumn p/epidemicznych zawsze pod kierownictwem lekarza.

Resumując podkreślam, że w nadchodzącym okresie ze względu na redukcję personelu dezynfektorskiego, jak i z powodu braku dostatecznej ilości proszku DDT jesteśmy zmuszeni prowadzić walkę z ewent. epidemią duru plamistego metodami także i starymi, przy czym w celach zapobiegawczych posługujemy się starymi metodami odwszawiania i szczepieniem, dla celów zaś zwalczania ognisk epidemicznych posługujemy się zmotoryzowanymi kolumnami, które zwalczają ogniska za pomocą proszku DDT.

Dur brzuszny.

W przeciwieństwie do okresu po pierwszej wojnie światowej ostatnia wojna spowodowała w całej Europie Zachodniej znaczne epidemie duru brzusznego, przede wszystkim w Polsce.

Wg danych sekcji higieny UNRRA w okresie sezonu dla duru brzusznego w r. 1945 (miesiąc 5—9) zanotowano:

We Francji 6251 zachorowań, wzrost w stosunku do przedwojen. wynosi 2,4 razy.

W Holandii 3215 zachorowań, wzrost 15.9 razy.

W Niemczech 16734 zachorowań, wzrost 20,9 razy.

W Czechosłowacji 4931 zachorowań, wzrost 10,1 razy.

W Austrii 1962 zachorowań, wzrost 245 razy.

W Polsce 58943 zachorowań, wzrost 10,9 razy.

W Polsce za cały rok 1945 zarejestrowano 81657 zachorowań:

w I. półroczu 1946 zarejestrowano 20237 zachorowań

w Wojew. Krakowskim w r. 1945 zarejestrowano 2457 zachorowań

w Wojew. Krakowskim w r. 1946 (11 mies.) zarejestrowano 934 zachorowań.

Uwzględniając powyższe, musimy stwierdzić, że Polska nadal jest poważnie zagrożona epidemią duru brzusznego.

Przyczyn tego zjawiska należy szukać w ogromnych zniszczeniach wojennych wszelkich urządzeń sanitarnych i zanieczyszczeniach źródeł wodnych, zaśmieceniu miast i miasteczek i dużej ilości nosicieli zarazków.

Metody zwalczania duru brzusznego omawialiśmy szczegółowo w miesiącu maju br. na zjeździe lekarzy powiatowych w Krakowie, specjalnie temu zagadnieniu poświęconym, omawialiśmy wtedy hospitalizację chorych, nadzór nad nosicielami, szczepienie ochronne ludności i podniesienie ogólnego stanu sanitarnego.

Na 1,000.061 osób wyznaczonych do szczepienia zaszczepiono jednorazowo 199.038 — dwurazowo 303.653, co stanowi dla całego województwa 50,2 %; jest to cyfra niezadawalająca. Najniższy % zaszczepionych był w mieście Krakowie i w powiecie olkuskim. Na terenie naszego województwa zastosowano po raz pierwszy szczepienie szczepionką endotoksyczną w mieście Tarnowie i w kilku gminach powiatu nowotarskiego. Szczepionka charakteryzuje się tym, że daje minimalne odczyny poszczepienne, dalszą zaletą tego szczepienia jest to, że używa się jej jednorazowo. Brak jeszcze wyników pozwalających wyciągnąć wnioski co do jej skuteczności. W przyszłym roku całe województwo krakowskie zostanie tą szczepionką zaszczepione.

Czerwonka.

W roku ubiegłym mieliśmy w Polsce 6690 przypadków czerwonki, z czego na województwo krakowskie przypada 1024.

W pierwszej połowie 1946 r. w Polsce zarejestrowano 634 przypadków, za 11 miesięcy w województwie krakowskim 345.

Jako zasadę należy przyjąć przeszczepienie przeciwko czerwonce ludności w miejscowościach zagrożonych za pomocą bakteriofaga lub szczepionki.

Błonica.

W r. 1945 w Polsce zanotowano 21705 przypadków.

W r. 1945 w wojew. krakowskim 1271 przypadków.

Za 11 miesięcy 1946 r. 1404 przypadków.

Jako zapobieganie szerzeniu się błonicy należy przeprowadzić szczepienie zagrożonych szczególnie dzieci w wieku od 1—7 lat. Pewien zapas szczepionki szwedzkiej posiadamy i możemy na zapotrzebowanie wydawać. Niezależnie od tego każdy ośrodek zdrowia i każdy szpital powinien być zawsze zaopatrzony w surowicę przeciwbłoniczą. W lecie br. zaopatrzyliśmy wymienione instytucje w surowice, obecnie w razie potrzeby możemy zapas surowicy uzupełnić.

Płonica.

Ostatnio notujemy znaczny wzrost płonicy, szczególnie w mieście Krakowie.

W r. 1945 w wojew. krakowskim zanotowano 775 przypadków.

W 11 miesiącach 1946 r. notujemy już 1461 przypadków.

Zimnica.

Musimy się liczyć z możliwością pojawienia się w Polsce nowej epidemii, a mianowicie zimnicy.

Przed wojną nie odgrywała zimnica u nas większej roli, urzędowo rejestrowano około 300 przypadków rocznie (Polesie, okolice podmiejskie Warszawy, nieznacznie w okolicach Krakowa i Oświęcimia). Stacjonowanie podczas wojny wojskowych oddziałów niemieckich przybyłych z Afryki, przemarsz jeńców różnej narodowości, wreszcie powrót do kraju repatriantów z krajów malarycznych (z Azji Środkowej, Kaukazu) spowodowały rozpowszechnienie tej choroby po całym kraju. Pojawiły się wszędzie w kraju świeże przypadki malarii wśród miejscowej ludności, co dowodzi zakażenia zimnicą miejscowych komarów.

W r. 1945 zarejestrowano w Polsce 1599 przypadków.

W I. półroczu 1946 r. zarejestrowano już 2418 przypadków.

W wojew. krakowskim zarejestrowano w 1945 r. 58 przypadków.

W 11 miesiącach 1946 r. zarejestrowano 106 przypadków.

Niewątpliwie dane statystyczne są dużo niższe od faktycznej liczby chorych.

Obliczają, że w chwili obecnej jest około 10.000 chorych na malarię. Obecność u nas komara widliszka (anopheles maculatus) rozpowszechnionego silnie wzdłuż doliny Wisły, Odry i Bugu i zakażenie jego krwią chorych na zimnicę przybywających z różnych stron świata może spowodować

zapadalność na zimnicę miejscowej ludności i doprowadzić do epidemii choroby u nas.

Zadaniem lekarzy powiatowych będzie dopilnowanie, by wszystkie przypadki zimnicy lub podejrzane o nią były potwierdzone badaniem krwi (w filii P. Z. H. lub laboratoriach szpitalnych) i bezwzględnie zarejestrowane. Należy prowadzić kartoteki chorych na zimnicę.

Gruźlica.

Przechodzę teraz do problemu gruźlicy która to choroba po wojnie przybrała w Polsce charakter epidemiczny i przerasta w tej chwili swoim rozmiarem i społecznym znaczeniem problem zwalczania ostrych chorób epidemicznych. Z tego więc powodu zagadnienie to zostało włączone do zakresu zadań Wojewódzkich Komisariatów jako zagadnienie wymagające nadzwyczajnych środków i działań.

Ściślejsze związanie akcji przeciwgruźliczej z Komisariatami do Walki z Epidemiami ma na celu:

a) wyzyskanie niezajętych łóżek szpitali zakaźnych przez obłożenie ich zakaźnymi niebezpiecznymi dla otoczenia gruźlikami.

b) zatrudnienie personelu tychże niezajętego w okresie zacisza innych epidemii.

c) wyzyskanie personelu kolumn p/epidemicznych i taboru dla odkażania mieszkań po zmarłych na gruźlicę, odwożenie zakwalifikowanych chorych do szpitali, dokonywanie wywiadów na wsi u chorych na gruźlicę, dokąd personel ośrodka zdrowia nie jest w stanie dotrzeć.

Organizacja zwalczania gruźlicy polega na:

1) zapobieganiu i leczeniu

2) dla ustalenia skali zapobiegania i leczenia konieczna jest rejestracja i sprawozdawczość. I jedno i drugie pozostawia u nas bardzo dużo do życzenia.

W województwie krakowskim w r. 1945 zarejestrowano 1296 zachorowań, w tym 930 zgonów

w r. 1946 zarejestrowano 2084 zachorowań, w tym 581 zgonów.

3) Rozbudowane zapobieganie składa się:

a) z usuwania znanych siewców gruźlicy z otoczenia zdrowego drogą izolowania w szpitalach, sanatoriach i azylatoriach.

b) z usuwania zdrowego otoczenia zwłaszcza dzieci od siewcy gruźlicy przez umieszczenie ich w prewentoriach

c) z tropienia i wykrywania źródeł zarazy przez masowe badania i wywiady,

d) otaczania opieką lekarsko-higieniczną zagrożonego środowiska,

e) masowego szczepienia szczepionką B. C. G.

Odnośnie leczenia wiążącego się ściśle z akcją zapobiegawczą, gdyż sam fakt umieszczenia siewcy gruźlicy na leczenie usuwa źródło zakażenia spośród zdrowego środowiska, należy kierować się następującymi zasadami.

Do sanatorium należy kierować osoby o niewielkich wczesnych zmianach, przede wszystkim nadające się do leczenia zabiegowego, gwarantującego odprątkowanie w krótkim czasie. Wnioski na leczenie sanatoryjne należy kierować na specjalnych formularzach wypełnionych przez poradnię przeciwgruźliczą do Komisariatu do Walki z Epidemiami. Prawo do leczenia na koszt Ministerstwa Zdrowia mają w pierwszym rzędzie ofiary reżimu hitlerowskiego (b. więźniowie, reemigranci obozów karnych i pracy), repatrianci zza Bugu, niezamożni akademicy, młodzież szkolna, żołnierze i partyzanci ostatniej wojny zwalniani z powodu gruźlicy z wojska, nauczyciele, personel lekarski i pomocniczy, niezamożni zasłużeni działacze społeczni i sieroty nie posiadające środków na leczenie sanatoryjne. Ministerstwo Zdrowia opłaca koszt leczenia w czasie do 3-ech miesięcy, w wyjątkowych wypadkach można przedłużyć pobyt w sanatorium o dalsze 3 miesiące.

Do szpitala kierować należy otwartą gruźlicę o rokowaniu dłuższym, należy się postarać, by pewną ilość łóżek oddziału gruźliczego rezerwować dla chorych nieuleczalnych na otwartą gruźlicę płuc.

Z punktu widzenia epidemiologicznego i społecznego umieszczenie w zakładach na koszt Państwa winno się odbywać pod kątem zapobiegania szerzeniu się zarazy. Stąd też osoby dorosłe nawet z czynną gruźlicą, ale nie zakaźną winny być uwzględniane na ostatnim miejscu. Inaczej dzieci do lat 16 te winny być umieszczane w pierwszym rzędzie. Przy kwalifikowaniu na leczenie chorych ze środowiska wiejskiego i miejskiego należy pierwszeństwo dać, znów ze względów epidemiologicznych, chorym ze wsi.

Wystawianie wniosków na umieszczenie w prewentoriach należy do akcji przeciwgruźliczej. Natomiast zakładanie i prowadzenie ich należy do akcji opiekuńczej nad dzieckiem. Do prewentoriów kwalifikujemy dzieci tak zwane zagrożone gruźlicą, tj. dzieci zdrowe, przebywające w otoczeniu siewcy gruźlicy.

Odnośnie szczepień przeciwgruźliczych, to w najbliższej przyszłości winny one odegrać bardzo dużą rolę w zwalczaniu gruźlicy. Szczepić będzie się masowo szczepionk B. C. G. tuberkulino-ujemne dzieci, młodzież i dorosłych.

Akcja przeciwgruźlicza winna się opierać na:

1) okręgowych wiejskich ośrodkach zdrowia

3) miejskich poradniach przeciwgruźliczych

4) wojewódzkiej Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej jako komórki szkoleniowej, diagnostycznej i segregacyjnej, współpracującej ściśle ze szpitalem przeciwgruźliczym, w jej ramach pracuje Wojewódzka Ruchoma Poradnia z przenośnym aparatem rentgenowskim.

Poradnia przeciwgruźlicza dla spełniania swych zadań powinna prowadzić następującą akcję:

1) wykrywanie źródła zakażenia gruźlicą przy pomocy odpowiednio wyszkolonego personelu wywiadowczego

2) prowadzenie ewidencji chorych

3) otaczanie opieką społeczno - lekarską chorych na gruźlicę i środowiska gruźliczego.

Dr STANISŁAW HORNUNG Kraków

Aktualny stan akcji przeciwgruźliczej prowadzonej przez poradnie na terenie wojew. krakowskiego.

(Omówienie niedomagań i środków zaradczych).

W referacie moim opieram się na przeglądzie pracy Poradni Przeciwgruźliczych z terenu woj. krakowskiego. Materiał użyty do tych rozważań stanowią sprawozdania poradni przeciwgruźliczych za III kwartał 1946 r. oraz wyniki przeprowadzonych inspekcji tych poradni w tym samym okresie.

Przygotowanie tego referatu wynikło z potrzeby omówienia jednej z najbardziej drażliwych w obecnej chwili kwestii, która w ogólnym planie walki z gruźlicą wykazuje najpoważniejsze niedociągnięcia. Pierwsze sprawozdania, które nadeszły z terenu świadczyły o tym, że w akcji przeciwgruźliczej poradnie nie biorą właściwie żadnego udziału. Bliższe wglądnięcie w te sprawy potwierdziło tylko to wrażenie. Jeżeli stan sanatoriów i zakładów zamkniętych przeciwgruźliczych dzięki wytężonej pracy kierownika resortu gruźlicy Ministerstwa Zdrowia dziś jest na należytym poziomie, to sprawa poradni przedstawia się zupełnie odmiennie.

Przedstawię najpierw stan faktyczny na terenie woj. krakowskiego a następnie po omówieniu niedociągnięć poddam je analizie, a w końcu zamierzam zastanowić się nad sposobami usprawnienia akcji poradnianej.

Na terenie woj. krakowskiego istnieje 70 poradni przeciwgruźliczych. Każdy powiat w liczbie 14 posiada w swym powiatowym ośrodku zdrowia poradnię przeciwgruźliczą i kilka poradni okręgowych. Należy zaznaczyć, że tylko niewiele z nich spełnia warunki, które stawiamy dziś nowoczesnej poradni. W dziale wyposażenia sprawa przedstawia się niezadowalająco, gdyż wszystkie poradnie rozporządzają 15 aparatami rentgenowskimi; z tego posiada miasto Kraków 6, a tylko 9 znajduje się na prowincji. Mikroskopów mamy 30, w tym w mieście Krakowie 6.

Personel pielęgniarski ilościowo nie wystarczający.

Mamy 74 pielęgniarek, z czego 21 przypada na miasto Kraków, a w 64 poradniach prowincjonalnych pracuje 53 pielęgniarek. Żadna z poradni prowincjonalnych nie jest obsługiwana przez więcej, jak 1 pielęgniarkę. Z tego wynika, że 11 poradni nie ma w ogóle pielęgniarek. Jedynie niewielki procent pielęgniarek zajętych w poradniach prowincjonalnych posiada pełne kwalifikacje.

Cyfrowe zestawienie pracy w poradniach przedstawia się następująco. W ciągu kwartału dokonano 1.913 odwiedzin domowych przeprowadzonych przez pielęgniarki. Wpisano do poradni po raz pierwszy 2.081 osób. Pozostało zapisanych we wszystkich poradniach na dzień 1. X. 1946 r. — 19.491 osób, w tym było 7.805 przypadków gruźlicy (2.260 zakaźnej gruźlicy, 3.218 niezakaźnej, 2.327 przypadków czynnego zespołu pierwotnego).

W ciągu kwartału udzielono 15.662 porad, wykonano 3.628 badań rentgenowskich.

Omówienie tych cyfr jest koniecznością w zestawieniu z ogólnie znanymi cyframi odnoszącymi się do tego zagadnienia; i tak według dokładnych badań rentgenowskich całych grup ludności w woj. krakowskim choruje na gruźlicę czynną około 4% ludności, a 0.5—1% ma otwartą gruźlicę. Na 2,100.000 ludności województwa należy przyjąć 84.000 chorych na gruźlicę. Poradnie znają tylko 7.805 przypadków, co stanowi ledwie 9%. Znaczy to, iż na 11 faktycznie chorych poradnie miały pod swą opieką jedynie jednego chorego.

Według danych posiadanych przez Ministerstwo Zdrowia śmiertelność gruźlicza w Polsce w roku 1946 wynosi 29/10.000 ludności. Byłoby więc wg tego stosunku w woj. krakowskim około 6.000 przypadków śmierci na gruźlicę w ciągu roku, a tymczasem zostało zgłoszonych przez lekarzy powiatowych tylko 650 przypadków, to jest około 11%, a znanych poradniom było tylko około 180 przypadków śmierci na gruźlicę, co stanowi jedynie 3% faktycznej liczby.

Przyczyny niezadawalającego stanu są różne. Za jedną z najważniejszych należy uważać brak zrozumienia dla akcji przeciwgruźliczej ze strony samych kierowników poradni i ich bezczynność. Świadczą o tym cyfry podane w sprawozdaniach niektórych poradni powiatowych wyposażonych należycie (w aparaty Roentgena), gdzie były znane poradni tylko 2 osoby chore na gruźlicę w dniu 1. X. 1946, albo w ciągu

kwartału udzielono aż 5 porad, a w jednej poradni w ośrodku powiatowym nie posiadającej aparatu Roentgena udzielono 6 porad.

Jest rzeczą jasną, że w świetle tych cyfr można mówić o zupełnej bezczynności tych poradni w akcji przeciwgruźliczej.

Dalszą przyczyną, która wymaga usunięcia są braki w wyposażeniu. Na pierwszym miejscu należy wymienić konieczność uzyskania dla woj. krakowskiego 10 aparatów rentgenowskich oraz 20 mikroskopów.

Brak funduszów może być również uważany za poważną przeszkodę w normalnym funkcjonowaniu poradni. Należy zaznaczyć, że tam, gdzie lekarz powiatowy względnie kierownik poradni wykaże dużo inicjatywy i aktywności, tam samorząd powiatowy powołany w myśl obowiązujących ustaw do prowadzenia ośrodków zdrowia i poradni dotuje je odpowiednio. Do czasu uzyskania przez samorząd wystarczających potrzeb finansowych, należy uważać jednak za rzecz konieczną subwencjonowanie tej akcji z funduszów Ministerstwa Zdrowia tak, jak to przewiduje okólnik tegoż Ministerstwa L. 813/46. Konieczną rzeczą jest ustalenie minimalnego budżetu poradni, w którym wynagrodzenie lekarzy i personelu pomocniczego byłoby zbliżone do wynagrodzenia personelu Ubezpieczalni Społecznej. W wydatkach poradni powinny partycypować samorząd powiatowy, ubezpieczalnie społeczne i Ministerstwo Zdrowia.

W możliwie najkrótszym czasie należy zaopatrzyć poradnie w personel pielęgniarski. Tam, gdzie to nie jest możliwe powinno się zaangażować niekwalifikowane osoby, które mogłyby choćby częściowo zastąpić pielęgniarkę. W każdym razie należy dążyć do tego, by pielęgniarki wykonywały specjalne zadania, jak np. opiekę nad chorymi w ich mieszkaniu i nad otoczeniem chorych a do pracy rejestracyjnej i kancelaryjnej poradni należy używać personelu administracyjnego.

Pożądane jest, by kierowanie do zakładów zamkniętych (sanatoria, prewentoria itp.) odbywało się jedynie za pośrednictwem poradni, a następnie, by świadczenia dla chorych ze strony poradni były udzielane jedynie tym, których rodziny i otoczenie były bez wyjątków przebadane w poradni.

W nowoczesnej akcji przeciwgruźliczej ważną rolę odgrywają również masowe badania rentgenowskie i tuberkulinowe, które pozwalają na wczesne wykrycie zmian chorobowych i rozpoczęcie wczesnego leczenia. Na terenie woj. krakowskiego zorganizowano Centralną Poradnię Przeciwgruźliczą której zadaniem między innymi jest również przeprowadzanie, organizowanie względnie udzielanie pomocy przy organizacji takich badań przez prowincjonalne poradnie. Centralna Poradnia posiada dwie ruchome kolumny wyposażone w aparaty rentgenowskie do prześwietleń. W siedzibie Centralnej Poradni w Krakowie zostanie zmontowany w najbliższym czasie aparat rentgenowski do masowych zdjęć małoobrazkowych. Masowe badania tuberkulinowe wykazały, iż w roku 1946 liczba dzieci 7—14-letnich zakażonych gruźlicą na wsi wynosi od 25 do 45%, podczas gdy w tej samej grupie wieku w mieście 36—63%.

Stan zakładów zamkniętych (sanatoriów, oddziałów szpitalnych) dla gruźlicy przedstawia się nieporównanie lepiej niż poradni. Na terenie woj. krakowskiego znajduje się 1.100 łóżek sanatoryjnych i 425 łóżek szpitalnych dla chorych na gruźlicę.

Należało by sobie życzyć, by zgodnym wysiłkiem wszystkich czynników ku temu powołanych, a przede wszystkim lekarzy, sprawa poradni została wysunięta na pierwszy plan akcji zdrowotnej; tylko przez należyte zorganizowanie trzonu całej akcji przeciwgruźliczej, którym jest właśnie poradnia, można się spodziewać dodatnich wyników w walce z wrogiem, który w okresie powojennym tak wielkie poczynił postępy.

Dr M. BILEK Kraków

Uwagi w sprawie współpracy lekarzy powiatowych z P. Z. H.

Lekarze powiatowi wypowiedzieli się co do swej współpracy z P. Z. H. w sposób, z którego by można sądzić, że możliwości Filii P. Z. H. w Krakowie całkowicie wykorzystali. Takie stanowisko jest niezupełnie słuszne i dlatego przypomnę pokrótce możliwości współpracy Zakładu w Akcji Zwalczania Chorób Zakaźnych, w akcji zapewnienia ludności należytej wody do picia, jak też w dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku.

Najlepiej stosunkowo przedstawia się sprawa diagnostyki serologiczno-bakteriologicznej ostrych chorób zakaźnych takich, jak dur brzuszny i wysypkowy, gdzie procent przypadków zachorowań potwierdzonych badaniem serologiczno-bakteriologicznym stale wzrasta i zbliża się do 100%. Tu przypomnę, że stoimy na stanowisku, że rozpoznanie stawia lekarz leczący chorego, a nie pracownia i że nie każdy choćby wysoko dodatni odczyn Widala będzie dotyczył chorego na dur brzuszny, może bowiem chodzić o odczyn nieswoisty u osobnika szczepionego przeciwko durowi brzusznemu. Wobec licznych odczynów poszczepiennych zacierających nam wyniki badań serologicznych tym bardziej koniecznym się staje wczesne pobieranie próbek krwi, gdyż zwiększa ono możliwości wyhodowania pałeczek duru brzusznego, a to daje nam niezbitą wartość

rozpoznawczą. Dla lepszego zorientowania się, czy chodzi o zachorowanie na dur brzuszny, czy też o nieswoisty odczyn u szczepionego zostanie wkrótce wprowadzona aglutynacja O oraz H, przy czym aglutynacje te będą odczytywane osobno. Oczywiście lekarze będą o wprowadzeniu tego sposobu odczytywania, jako też o jego wartości rozpoznawczej osobno zawiadomieni. Dalsze możliwości śledzenia dróg zakażenia daje zastosowanie bakteriofagów, przy pomocy których można wśród pałeczek duru brzusznego odróżnić kilkanaście typów.

Badania ozdrowieńców na nosicielstwo pałeczek duru brzusznego są wykonywane, lecz nie wszystkie szpitale należycie badania te przeprowadzają. Badania u osób zdrowych zatrudnionych w przemyśle spożywczym będą wkrótce podjęte. Masowe badania na nosicielstwo pałeczek duru brzusznego u osób zdrowych napotykają jeszcze na pewne trudności z powodu braku naczyń do przesyłania próbek.

W czerwonce należało by wykorzystywać w większej mierze przesyłanie krwi do badania.

Badania na kiłę wzrastają i wzrasta również liczba wyników dodatnich. Mimo pewnych trudności w otrzymaniu świnek morskich nie robiono żadnych ograniczeń w wykonaniu tego odczynu. Proszę o zachowanie ścisłej jałowości przy pobieraniu próbek krwi dla uniknięcia późniejszej hemolizy, która utrudnia nam względnie nawet uniemożliwia wykonanie odczynu.

Zaopatrywanie ludności w dobrą wodę jest jednym ze sposobów zwalczania zachorowań na dur brzuszny. W roku bieżącym postanowiono doprowadzić do przedwojennego stanu w badaniach wód wodociągowych. Nie było to łatwe. Mimo wielokrotnych wezwań nie wszystkie wodociągi zrozumiały należycie konieczność przeprowadzania badań wody tak, że dopiero po trzykrotnych ponagleniach przez Urząd Wojewódzki i Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami, uzyskano na podstawie wyników badań należyty obraz stanu wodociągu. Wykonano również wielokrotne wyjazdy w teren dla sprawdzenia stanu wodociągów. Że nie wszystkie wodociągi przesyłają należycie wodę do badania, to wynika chociażby ze sprawozdań wczorajszych złożonych przez lekarzy powiatowych, spośród których dwaj wypowiedzieli się o swych wodociągach, że woda z nich była badana w odstępach półrocznych, a nie podali przyczyn, dla których wodociągi te zaniechały ciążącego na nich ustawowego obowiązku badania wody co najmniej raz na miesiąc i to zarówno ze źródeł, jak i z sieci. Co ciekawsze, usłyszeliśmy o takich wyjątkowych wodociągach, co do których nie można wysuwać zarzutu, że nie przesyłają wody do badania okresowego, a to z tego powodu, że wiadomo o nich, że dostarczają wody złej, a nawet niebezpiecznej dla zdrowia i które z tego powodu na wypustach i studzienkach muszą być opatrzone napisem „woda nadaje się do picia dopiero po przegotowaniu". Istnienie takich urządzeń wodociągowych jest niedopuszczalne, gdyż nawet gdy źródła wody nie dostarczają jej w należytej jakości, to woda taka po przesączeniu i chlorowaniu będzie dobrą. Muszą być więc założone urządzenia do chlorowania. Są w końcu wodociągi dostarczające dobrą wodę, ale nie dające rękojmi, że stan ten utrzyma się stale. Były one budowane z tym założeniem, że woda będzie chlorowana a nawet miały przez pewien czas chloratory, lecz obecnie są ich pozbawione. Wodociągi takie muszą uzupełnić swoje urządzenia przez założenie chloratorów, w przeciwnym bowiem razie woda z nich może się stać przyczyną wielkiej ilości zachorowań.

W badaniu więc wody możliwości współpracy z P. Z. H. nie zostały w pełni wykorzystane. Sądzę, że co do badania wód wodociągowych na skutek propozycji przesłanej pod adresem wodociągów, co do zawarcia umów rocznych określających ilość prób wody ,jaka powinna być w ciągu roku nadesłana sprawa się poprawi. Już obecnie niektóre wodociągi umowy takie z P. Z. H. zawarły. Zatem w przyszłym roku będziemy mogli po uporządkowaniu spraw wodociągowych przystąpić w większej mierze do badań wód studziennych. Chodzi przede wszystkim o studnie publiczne oraz przemysłowe, dalej również i o studnie prywatne. O nasilenie akcji tej przez pobieranie próbek wód studziennych proszę specjalnie lekarzy powiatowych.

Co do badania artykułów żywności, przedmiotów użytku, to próbki były przesyłane przez lekarzy powiatowych w niewielkiej ilości. Z końcem bieżącego roku wpłynęła znaczniejsza ilość próbek octów na skutek akcji i apelu Państwowego Zakładu Higieny w Krakowie. Chodziło mianowicie o wykrycie szkodliwych dla zdrowia octów zawierających kwas mrówkowy. Na firmy, które takie octy produkują i sprzedają zrobiono odpowiednie doniesienia.

Korzystam w końcu z okazji, by zaapelować do wszystkich lekarzy powiatowych, aby poszukiwali, czy na ich terenie nie znajdą się pasty do podłóg sporządzane na benzynie z czteroetylkiem ołowiu. Jak wiadomo, pasty takie produkowała F-ma As w Łodzi i doszło tam do kilku śmiertelnych zatruć. Z zatruciami takimi spotkać się można również i w wytwórniach cementowych dachówek, na co specjalnie zwracam uwagę ze względu na to, że zatrucia takie nie były do-

tychczas spotykane. Mieliśmy do czynienia z takim właśnie przypadkiem zatrucia w Tarnobrzegu. Próbka płynu, którym napajano dachówki w Tarnobrzegu przesłana do tut. Zakładu, zawierała czteroetylek ołowiu. W przypadku tym doszło do śmiertelnego zatrucia.

Dr STANISŁAW CHRZĄSZCZEWSKI Wadowice

Organizacja badań masowych na gruźlicę wśród młodzieży szkolnej na terenie powiatu

Mając na celu zorientowanie się w rzeczywistym stanie zagruźliczenia młodzieży szkolnej, a przez to znalezienie właściwej drogi do ratowania gruźlicą zagrożonej lub już dotkniętej młodzieży, przystąpiłem w listopadzie ub. r. do systematycznego badania młodzieży szkolnej miasta, obejmując tym badaniem 100% młodzieży wszystkich szkół.

Nie da się zaprzeczyć, że wiadomości powojenne, jakie mamy o zagruźliczeniu naszej młodzieży są niejednolite. Przesada z jednej strony, niedocenienie problemu z drugiej, dezorientują w znacznym stopniu badacza.

Jeżeli poniżej zestawione wyniki, oparte na stosunkowo niedużym materiale, zdecydowałem się opublikować, to obok innych kierowała mną także myśl pobudzenia i innych ośrodków zdrowia do ogłoszenia wyników analogicznych badań, które opracowane mniej szablonowo, jak sprawozdania periodyczne ośrodków zdrowia, a zabarwione indywidualizmem odnośnego terenu, przyniosą może większą korzyść, niż suche, liczbowe sprawozdania powiatowe czy wojewódzkie. Poza tym, wyniki badań przygotowane do publikacji są zawsze bardziej szczegółowo opracowane i wszechstronniej nakreślone, aniżeli materiały do sprawozdań urzędowych, w których często brak jest takiej rubryczki, która właśnie jest dla badacza ciekawa i mogąca rzucić inne światło na przedmiot badań.

Materiał, na którym oparte jest niniejsze sprawozdanie, stanowi 1,781 osób, obojga płci, w wieku od 7—24 lat, a więc roczniki od 1922—1939. Materiał skromny, dostępny mi na obecnie zajmowanym stanowisku, wobec prawdopodobieństwa jednak przeprowadzenia tych badań u młodzieży szkół wiejskich materiał badawczy zostanie znacznie uwielokrotniony.

Z liczby 1.781 osób przypada na chłopców 1.041 osób, tj. 58%, a 740 osób na dziewczęta, tj. 42% Wszyscy byli poddani szczegółowemu wywiadowi sanitarnemu, anamnezie, badaniu fizykalnemu, prześwietleniu promieniami Roentgena; w wypadkach poszczególnych badano szybkość opadania krwinek, badano plwocinę i mocz. Każdy badany miał dokładnie wypełnioną kartę rejestracyjną w 2 egzemplarzach przez lekarza szkolnego wzgl. ośrodkowego i higienistkę (o ile chodziło o wywiad domowy) i z tymi kartami kierowano młodzież w grupach po 20—30 osób do prześwietleń Roentgenem. Korzystano z jedynego w mieście Roentgena szpitalnego. Rentgenolog wpisywał wynik prześwietlenia do karty, po prześwietleniu zaś całego zakładu opracowano wyniki prześwietlenia, kierowano chorych do dodatkowych badań, zwracając jeden egzemplarz karty zakładowi naukowemu dla użytku lekarza szkolnego, drugi pozostawiając w Ośrodku Zdrowia. Koszty prześwietleń wykalkulowano na 20 zł od osoby, z czego 10 zł pokrywał badany, 10 zł zaś płacił rentgenologowi Ośrodek Zdrowia. Koszt własny szpitala za prześwietlania masowe rozbity na jednostkę wynosił 1 zł. W wypadku zupełnego ubóstwa ucznia czy uczennicy, całkowity koszt prześwietlenia pokrywał Ośrodek Zdrowia.

Całej akcji jak najżyczliwiej patronował i subwencjami wspierał Naczelnik Wydziału Zdrowia.

Zakłady naukowe we własnym zakresie dawały drukować karty do kartoteki, obciążając kontem ucznia. W niektórych szkołach, gdzie młodzież była niezamożna kartoteki wykonano wedle podanego wzoru przez uczniów na godzinie zajęć praktycznych.

Do całej akcji odnosili się dyrektorowie szkół przychylnie, lekarze ze zrozumiałym zapałem, społeczeństwo obojętnie.

Za podstawę klasyfikacji wzięto 3 grupy badanych, a mianowicie:

grupa „A" jednostki zupełnie zdrowe (bez zmian gruźliczych).

grupa „B" gruźlica nieczynna (nieznaczne, wyleczone zmiany gruczołowe i zespołów pierwotnych, stany po przebytych zapaleniach opłucnej, sprawy zagęszczeniowe (induratywne).

grupa „C" gruźlica czynna (naciek wczesny, bronchadenopathia act. tbc. fibr. med. cavernos., zapalenia międzypłatowe, sprawy wysiękowe).

Górna granica wieku badanych (24 lat) wykracza poza normy wieku młodzieży szkół średnich w czasach normalnych. w pierwszych latach powojennych jest to zjawisko zrozumiałe. Ponieważ jednak ilość osób tych roczników jest stosunkowo nikła, więc w opracowaniu wyników szczegółowych nie uwzględniłem roczników 1922—26 włącznie.

Już w tym miejscu zaznaczam, że w żadnym wypadku nie stwierdzono w plwocinie laseczników Kocha.

Jak wynika z danych porównawczych odsetek chłopców zdrowych (kat. „A") wynosi 52,3%, dziewcząt 48,8% (przeciętna

50,8 %), chłopców kat. „B" — 41,5 %, dziewcząt kat. „B" — 45% (przeciętna 42%), chłopców i dziewcząt kat. „C" jednakowo — 6,2 %.

Widzimy z powyższego zestawienia, że odsetek przynależności do poszczególnych grup u obu płci jest mniej więcej jednakowy, a odnośnie grupy „C" identyczny.

Dane nasze obrazują zagruźliczenie w uwzględnieniu wieku badanych. Pominięto roczniki 1922—1926 ze względu na małą ilość badanych tych roczników, a obliczenie oparto na statystyce roczników 1927—1938 włącznie i to zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt.

Jak wynika z zestawień tych ogólna ilość dziewcząt gruźliczych, (grupa „B" plus „C") jest większa, niż gruźliczych chłopców i wyraża się stosunkiem 51,2 : 47,7 na niekorzyść dziewcząt.

Interesującym wydawało się zanalizować, czy przypadkiem w poszczególnych rocznikach nie rzuca się w oczy specjalne nasilenie gruźlicy w jednej z dwóch grup.

Można przyjąć na podstawie cyfr, że ilość dziewcząt z gruźlicą nieczynną wzrasta p o w o l i, ale stale, począwszy od rocznika 1927, by w roczniku 1933 (dziewczęta 16-letnie) osiągnąć swój punkt szczytowy (60 % kat. „B") i utrzymać się nadal na wysokim poziomie aż do roczników najmłodszych (dziewczęta 7-letnie).

U chłopców natomiast po analogicznym jak u dziewcząt wzroście gruźlicy nieczynnej (kat. „B"), począwszy od rocznika 1927 utrzymuje się wysoki i falisty poziom przez wszystkie pozostałe roczniki.

Jakiejś prawidłowości względnie charakterystycznego zgrupowania osobników grupy „C" w poszczególnych rocznikach zauważyć się nie daje.

Wydawała mi się również wskazana do przeprowadzenia analiza stanu zagruźliczenia osobników obojga płci w e d ł u g ś r o d o w i s k a m a t e r i a l n e g o i s o c j a l n e g o, z jakiego badani pochodzą.

Analiza ta była tym łatwiejsza do przeprowadzenia, że mając przy jej opracowaniu wszystkie dane, odnośnie stanu majątkowego, zawodu, mieszkania, obarczenia dziedzicznego, ilości rodzeństwa pozostającego na utrzymaniu rodziców itd., zebrane w karcie indywidualnej chorego, można było nie szablonowo segregować, ale indywidualizować przynależność poszczególnych chorych do tej, czy innej grupy. Nie było bowiem rzeczą obojętną zaliczenie np. zamiatacza ulic do tej samej grupy, do której zaliczono czeladnika masarskiego (choć obaj są robotnikami fizycznymi).

Uważałem też za stosowne wyodrębnić grupę „pracowników umysłowych" z jednej, a grupę „kupców, przemysłowców, samodzielnych rzemieślników" z drugiej strony, uważając, że aczkolwiek właściciel rozlewni piwa i niższy funkcjonariusz skarbowy są pracownikami umysłowymi, to jednak ich pozycja materialna może być wcale różna.

Trzeba też było bardzo ostrożnie klasyfikować ludzi podających się za „bezrobotnych" lub chwilowo bezrobotnych, wśród których było wielu zamożnych i opływających we wszystko „szabrowników". Tych „bezrobotnych" umieściłem jednak w grupie „kupców". Innych, jako reprezentujących zbyt szczupły materiał, nie uwzględniłem w obliczeniach i wysnuwaniu wniosków.

Z opracowanych zestawień uwzględniających zagruźliczenie młodzieży w zależności od środowiska, rzuca się w oczy z a s a d n i c z a z g o d n o ś ć w y n i k ó w u o b o j g a p ł c i, aczkolwiek materiał statystyczny jest dla chłopców bez porównania większy (1041 : 740).

Do najzdrowszych musimy zaliczyć młodzież grupy IV (kupcy, przemysłowcy, samodzielni rzemieślnicy) i młodzież grupy I (rolnicy), zaś do najbardziej „zagruźliczonej" młodzież grupy II (robotnicy), aczkolwiek niema tak wielkiej różnicy pomiędzy zagruźliczeniem dzieci robotników w stosunku do dzieci pracowników umysłowych, czy nawet dzieci rodziców wykonujących wolne zawody.

Uderza jednak fakt, że znowu w kategorii I (dzieci rolników) spotykamy się z największym odsetkiem gruźlicy czynnej (8,2%).

Czy tego zjawiska nie można by łączyć przyczynowo z zaniedbaniem młodzieży wiejskiej, chłopskiej, odnośnie leczenia gruźlicy w jej wczesnych stadiach?

Uderza to zestawienie zwłaszcza w porównaniu z gruźlicą młodzieży grupy V (wolne zawody), gdzie przy dużym odsetku gruźlicy nieczynnej (48%) mamy tylko 3,5% gruźlików kategorii „C".

Wydaje się, że uświadomienie wsi w dziedzinie sanitarnej w ogólności, a odnośnie niebezpieczeństwa gruźlicy w szczególności, znajduje w tych skromnych cyfrach swoje uzasadnienie.

Co praktycznie zrobiono dla młodzieży grupy „B" i „C"?

1. Młodzież grup „B" i „C" wzięto pod ścisłą kontrolę Ośrodka Zdrowia i lekarzy szkolnych.

2. Zakwalifikowano wszystkich do intensywnego odżywiania.

3. zakwalifikowano wszystkich osobników grupy „B" i przeważną część „grupy „C" na kolonie letnie i obozy wypoczynkowe.

4. zagwarantowano leczenie szpitalne i sanatoryjne bezpłatnie w odpowiednich wypadkach.

Streszczając powyższe, dochodzimy do wniosku:

I. na 1.781 przebadanych na gruźlicę osób w wieku od 7—24 lat, tylko mniej więcej połowę można uważać za wolną od gruźlicy.

II. 6,2% przebadanych dotkniętych jest gruźlicą czynną.

III. najmniej wypadków gruźlicy spotyka się u dzieci rolników, kupców, przemysłowców, samodzielnych rzemieślników, najwięcej u dzieci robotniczych.

IV. najwięcej gruźlicy czynnej mamy u dzieci chłopskich, a najmniej gruźlicy czynnej u dzieci rodziców wolnych zawodów.

V. na 1.781 przebadanych nie stwierdzono w żadnym wypadku gruźlicy prątkującej.

Dr HELENA SOKOŁOWSKA Kraków

Z aktualnych zagadnień higieny szkolnej

Z aktualnych zagadnień higieny szkolnej pragnę tutaj poruszyć tylko dwie sprawy, wiążące się z działalnością lekarzy powiatowych i samorządowych:

1) stan sanitarny szkół naszego Okręgu,

2) usprawnienie i rozszerzenie opieki hig.-lekarskiej w szkołach powszechnych.

Problemy te niezmiernie ważne, są jednak zarazem niesłychanie trudne z powodu olbrzymich dysproporcji potrzeb i środków.

Wiemy i zgadzamy się wszyscy na to, że zdrowie młodzieży i wychowanie jej w zasadach higieny, zależą w dużej mierze od warunków higienicznych szkoły.

Jak te warunki wyglądają na terenie naszego województwa, najlepiej zilustrują cyfry.

W roku 1946 w Okręgu naszym czynnych było 1.746 publicznych szkół powszechnych o łącznej ilości izb szkolnych 6.326. Z tego wymaga remontu 704 izby, a konieczna dobudowa 2.117 izb.

Szkół średnich ogólnokształcących i zawodowych jest 140 o ogólnej liczbie 1.000 izb, z tego konieczny remont 142 izb, a konieczna dobudowa 946 izb, a więc łącznie na 8.036 izb w Województwie potrzebny remont 1.163 izb czyli 15% i konieczna dobudowa 3.110 izb czyli 39%.

Cyfry te stają się zrozumiałe, jeśli uprzytomnimy sobie, że wskutek działań wojennych zniszczonych zostało 586 budynków szkolnych, z tego w ostatnim roku odremontowano wprawdzie 228 szkół, pozostaje jednak do odbudowy jeszcze 331 budynków szkół powszechnych.

Dalsza odbudowa uzależniona jest od uzyskania kredytów w Ministerstwie Odbudowy w związku z trzechletnim planem inwestycyjnym.

W tej sprawie Kuratorium wystąpiło do Min. Odbudowy z wnioskiem przyznania na rok 1947 dotacji w kwocie 50.200 zł (preliminarz tak skromnie wypadł, ponieważ utrzymany był w ramach określonych przez Ministerstwo).

Natomiast w rzucie na rok 1948 Kuratorium przedstawiło istotne potrzeby budownictwa, wyrażające się w sumie 248.950.000 zł (zaznaczam przy tym, że jest to dotacja rządowa, nie uwzględniająca środków własnych samorządów).

Prócz tego w ramach trzechletniego planu inwestycyjnego Kuratorium wystąpiło z wnioskiem przyznania 96.000.000 zł na urządzenia szkolne i pomoce naukowe. W tej chwili brak nam bowiem w szkołach wskutek rabunku sprzętu szkolnego przez Niemców 28.256 ławek, 1.186 tablic, a podobnie niedostatecznie przedstawiają się również i inne urządzenia, np. w całym Okręgu mamy obecnie w szkołach powszechnych tylko 18 sal gimnastycznych zaopatrzonych w sprzęt. Zwraca przy tym uwagę bardzo wysoka liczba szkół nie posiadających szatni, odpowiednich ustępów, a nawet co gorsza, mamy 66 szkół nie posiadających w ogóle ustępów!

Jak więc widzimy, warunki sanitarne szkół powszechnych są na ogół bardzo niepomyślne.

Szkoły średnie pod względem pomieszczeniowym przedstawiają się korzystniej niż powszechne, jednakże tutaj warunki higieniczne pogarsza fakt nadmiernego obciążenia izb szkolnych młodzieżą, gdyż wskutek braku izb szkolnych nauka odbywa się w nich dwa a nawet trzy razy dziennie. W następstwie powietrze fatalne, wietrzenie utrudnione, czystość niedostateczna. Jeśli do tego dodamy stare, nieodpowiednie, niedostosowane do wzrostu ławki (nie mogące być dostosowane, bo wskutek 2—3 razowej nauki, w tych samych ławkach siedzą raz młodsze, raz starsze roczniki), to nie można się dziwić, że pobyt w szkole w takich warunkach sanitarnych nie przyczynia się do zdrowia młodzieży.

Dlatego też nie możemy zrezygnować nawet przy dzisiejszych warunkach z pewnych minimalnych wymagań higienicznych, nie możemy czekać trzy lata na poprawę i dlatego gorąco apeluję o pomoc! Mam na myśli wywieranie jak największego nacisku na samorządy terytorialne celem usunięcia tak jaskrawych i z ustawą sanitarną nie licujących faktów, jak np. brak ustępów w szkole. Gminy powinny również przyjść z wydatniejszą pomocą w zaopatrzeniu szkół w sprzęt konieczny do utrzymania czystości oraz powinny urządzić w każdej szkole szatnię.

Wielce pożądaną, powiem konieczną, inowacją byłoby, również zapoczątkowanie po wsiach urządzenia choćby najprymitywniejszych łaźni przy szkołach, gdzie obowiązko-

wo urządzone byłyby kąpiele dla młodzieży. Tą tylko drogą będziemy mogli wdrożyć dzieci do nawyków higienicznych i przekonać je, że „kąpiel, to nie wstyd", jak to słyszą w domu.

Drugim najaktualniejszym dzisiaj zagadnieniem jest organizacja opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach powszechnych. Zaprowadzona u nas od roku opieka hig.-lek. w szkołach średnich nie obejmowała dziecka w wieku, w którym tej opieki najwięcej potrzebuje, a więc w przedszkolu i szkole powszechnej, nadto opieka miała charakter wyłącznie profilaktyczny. Otóż obecnie Ministerstwo usiłuje otoczyć opieką lekarską i młodzież szkół publicznych, przy czym opieka musi pójść dwutorowo i obok akcji profilaktycznej na terenie szkoły. zapewnić dzieciom jak najdalej idące możliwości leczenia. Stąd nacisk na tworzenie międzyszkolnych poradni i ambulatoriów czy to samodzielnych czy w ośrodkach zdrowia, ubezpieczalniach społecznych, szpitalach itp.

Niestety, trudności rzeczowe, a zwłaszcza personalne przeszkadzają szybkiej realizacji tego planu. Brak lekarzy, chcących podjąć się opieki nad szkołami wiejskimi, brak również pielęgniarek chcących pracować na wsi, stąd większość powiatów pozbawiona jest nawet higienistek szkolnych. Dlatego też zagadnienia opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach, zwłaszcza wiejskich, będą dopiero rozwiązane na płaszczyźnie rozbudowy wiejskich ośrodków zdrowia.

Obecnie Ministerstwo Oświaty, pragnąc chociaż częściowo zrealizować plan rozszerzenia opieki higienicznej w szkołach wyznacza stały, chociaż bardzo skromny zasiłek na te cele, a Kuratorium nasze w braku higienistek przeszkala na specjalnych kursach nauczycielki wiejskie, by następnie powierzyć im dodatkowo czynności higienistek szkolnych za dodatkowym wynagrodzeniem.

Nadmienię, że w pracy nad podniesieniem warunków higienicznych szkół, czystości młodzieży, w udzielaniu pomocy w nagłych wypadkach. wielce pomocne są Koła Młodzieży P. C. K., których mamy w Województwie 1.268. W b. r. z inicjatywy Naczelnego Lekarza Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia dra A n s e l m a organizowano w 4 powiatach specjalne kursy dla uczennic należących do Kół P. C. K., a następnie szkołom, które wysłały swe delegatki na kurs przydzielono apteczki szkolne. Nie potrzeba podnosić, jak duże znaczenie propagandowe i faktyczne ma ta akcja.

Kończąc, muszę jeszcze wspomnieć, że w ub. r. w miesiącu wrześniu, Kuratorium zorganizowało masowe badanie dzieci szkół wiejskich przy pomocy 29 absolwentów medycyny. W powiecie nowotarskim i Dąbrowie Tarnowskiej medycy zbadali 22.000 dzieci, wykonali 3.600 prób tuberkulinowych i założyli wszystkim badanym dzieciom karty zdrowia. Obecnie karty są w opracowaniu, celem poprowadzenia dalej tej akcji oraz skierowania ruchomych ambulansów do miejscowości najwięcej potrzebujących pomocy.

Stałą opiekę hig.-lekarską w szkołach powszechnych zorganizowały samorządy tylko kilku miast naszego okręgu. W pierwszym rzędzie Kraków, gdzie w szkołach powszechnych pracuje 12 lekarzy i 14 higienistek, nadto w Miejskim Ośrodku Zdrowia są poradnie z każdej specjalności. Ostatnio Tarnów w Miejskim Ośrodku Zdrowia również urządził poradnię szkolną i ambulatorium dentystyczne, z którego mogą korzystać nawet dzieci gmin podmiejskich; w Brzesku urządzono ambulatorium dentystyczne, również w Chrzanowie, Olkuszu i Wadowicach oraz w Zakopanem poradnię w Miejskim Ośrodku Zdrowia.

Jednocześnie wszystkie te wysiłki i próby jedynie wówczas dadzą pożądany wynik i tylko wówczas zagadnienie zapewnienia opieki hig.-lekarskiej dziatwie szkół powszechnych da się urzeczywistnić, jeśli będą to wysiłki i praca zespołowa i czynnik społeczny, obywatelski i samorządowy weźmie w tej akcji należyty udział.

II dzień obrad

Dr C i e ć k i e w i c z

Sceptycy twierdzą, że statystyka jest tylko kłamstwem i to kłamstwem kwalifikowanym, jednakże ja osobiście mam zaufanie do statystyki, zwłaszcza do statystyki opartej na dużym materiale. Pozwolę sobie przeto zwrócić uwagę na konieczność przeprowadzenia w Polsce szczepień ochronnych na dużą skalę. W pierwszym rzędzie tyczy się to gruźlicy. Z wykładu doktora T e l a t y c k i e g o wygłoszonego przed kilkoma tygodniami w Krakowie wynika, że Związek Radziecki przeprowadził szczepienia ochronne przeciw gruźlicy na 2 milionach osób, przy czym stwierdzono, że śmiertelność z powodu gruźlicy zmniejszyła się dziesięciokrotnie. Wprowadzono tam szczepienia przeciw gruźlicy jako przymusowe. To jest sprawa, nad którą nie można przejść do porządku dziennego. Druga sprawa, to szczepienia ochronne przeciw błonicy. Jestem w stanie przedstawić wyniki szczepień przeciw błonicy, przeprowadzonych na dużą skalę za granicą.

W latach od 1910 do 1919 r. notowano w N. Jorku rocznie przeciętnie 14.282 przypadków błonicy i 1.290 zgonów. Śmiertelność więc z powodu błonicy wyniosła tam wówczas 83 na 100.000 dzieci w wieku poniżej 15 lat.

W r. 1920 rozpoczęto w N. Jorku szczepienia przeciwbłonicze.

W latach 1920—29 było przeciętnie tylko 10.685 przypadków błonicy z 684 zgonami, śmiertelność więc wyniosła wówczas 42 na 100.000 dzieci w wieku poniżej 15 lat.

W r. 1930 było w N. Jorku tylko 3.794 przypadków błonicy ze 198 zgonami, śmiertelność wyniosła więc 11.7/100.000;

w r. 1935 było w N. Jorku tylko 1.189 przypadków błonicy z 69 zgonami, śmiertelność wyniosła więc 4.0/100.000;

w r. 1940 było w N. Jorku tylko 386 przypadków błonicy z 10 zgonami, śmiertelność wyniosła więc 0.7/100.000;

w r. 1944 było w N. Jorku tylko 243 przypadków błonicy z 6 zgonami, śmiertelność wyniosła więc 0.4/100.000.

Dzieki systematycznemu szczepieniu jest już w N. Jorku 65—70% dzieci w wieku poniżej 15 lat szczepionych przeciw błonicy.

Jeszcze drastyczniej korzyści szczepień są widoczne ze statystyk 92 dużych miast Stanów Ziednoczonych A. P. W tych miastach liczących razem 37.000.000 mieszkańców było w 1942 r. tylko 26 zgonów z powodu błonicy. W żadnym z tych miast nie było więcej, jak 10 zgonów, jedno miasto miało ponad 5 zgonów, lecz mniej niż 10, 59 miast wykazywało mniej niż 5 zgonów, a 33 miast nie wykazywało ani jednego zgonu z powodu błonicy. Przeważna cześć tych miast posiada już do 70% wszystkich dzieci w wieku poniżej 15 lat przeszczepionych przeciw błonicy.

Podobnymi efektami może pochlubić się też miasto Toronto w Kanadzie, liczace 674 000 mieszkańców. Czynne uodparnianie rozpoczęto tam w 1925 r. i uodporniono już 65% dzieci. W latach 1926—1930 było tam rocznie 1006 przypadków z 86 zgonami z powodu błonicy. Śmiertelność wyniosła więc 9.7 na 100 000 dzieci w wieku poniżej 15 lat.

W latach 1931—1935 było 165 przypadków i 13 zgonów, śmiertelność wynosiła więc 2.0/100 000;

w latach 1935—1940 było 24 przypadków i 1 zgon, śmiertelność wynosiła więc 0.3/100 000;

w latach 1940—1944 było 28 przypadków i 3 zgony, śmiertelność wynosiła więc 0.4/100 000.

W Anglii było w r. 1920 — 69480 przypadków błonicy z 5648 zgonami;

w r. 1940 — 46281 przypadków błonicy z 2480 zgonami;

w r. 1941 — 50797 przypadków błonicy z 2641 zgonami;

w r. 1942 — 41404 przypadków błonicy z 1827 zgonami.

W r. 1942 rozpoczęto systematyczne szczepienie przeciw błonicy.

W r. 1943 było 34.662 przypadków błonicy z 1.371 zgonami.

W r. 1944 było 29.949 przypadków błonicy z 934 zgonami, dzięki czemu śmiertelność z powodu błonicy, która wynosiła w 1940 r. 26.6 na 100.000 dzieci poniżej 15 lat, spadła w 1944 r. do 9.2 na 100.000 dzieci poniżej 15 lat. Z końcem 1944 roku było w Anglii dzieci poniżej 5 lat przeszczepionych przeciw błonicy 2.069.377 dzieci i 3,296.578 dzieci od 5 do 15 lat, razem więc z ogólnej liczby 8,250.000 dzieci poniżej 15 lat było 5,365.955, a więc 60% dzieci przeszczenionych przeciw błonicy. Okazało się, że w latach 1942, 1943 i 1944 było na każde 5 dzieci chorych na błonicę 4 nieszczepionych, a na każdych 30 zgonów z powodu gruźlicy 29 zgonów dotyczyło osób nieszczepionych. (Dane te wziąłem z publikacji angielskiego min. zdrowia: „On the state of the public healt during six years of war" — O stanie zdrowia publicznego podczas 6 lat wojny).

Według statystyki podanej przez dr Westrycha wynika, że w Polsce było w 1939 r. 21 tys. zachorowań na błonicę, w województwie krakowskim było w 1945 r. 1200 przypadków, a w 1946 r. 1404 przypadków błonicy.

W Krakowie, liczącym obecnie 300.000 mieszkańców, było w 1945 r. 384 zachorowań na błonicę i 52 zgonów z powodu błonicy. W 11 miesiącach 1946 r. było 374 zachorowań na błonicę i 30 zgonów. Liczby te przeniesione na 25 milionów mieszkańców dadzą kilkadziesiąt tysięcy zgonów w Polsce z powodu błonicy. Czy w tych warukach mamy czekać na dalsze jeszcze dane statystyczne, czy też przystąpić do zorganizowania szczepień przeciwbłoniczych, które mogłyby być przeprowadzane w ośrodkach zdrowia i poradniach dla matki i dziecka przy użyciu całego aparatu propagandowego ubezpieczalni społecznych i urzędów zdrowia.

Przy tej sposobności chciałbym zwrócić uwagę na znaczenie gamma globuliny w zapobieganiu odrze. Gamma globulina jest tą częścią osocza krwi, w której znajdują się skoncentrowane przeciwciała przeciwko chorobom zakaźnym, a więc i odrze, którą przebyło około 90% ludności. Stwierdzono, że 2 cm^3 gamma globuliny wstrzyknięte domięśniowo między 4 a 8 dniem od chwili ekspozycji dziecka na odrę pozwalało u dzieci małych na zapobiegnięcie powstaniu choroby, u dzieci starszych na bardzo złagodzony przebieg, po którym dziecko uzyskuje odporność na odrę. Dzieci poniżej 6 mies. życia nie należy szczepić, gdyż posiadają one jeszcze odziedziczoną odporność.

Gamma globulina ma tę wyższość nad surowicą ozdrowieńców, że wystarczy wstrzy-

knąć małą jej ilość oraz że nie daje żadnych odczynów alergicznych, ponieważ pochodzi z krwi ludzkiej. Wobec tego, że odra jest chorobą, której następstwa są nieraz bardzo poważne, należało by i w Polsce udostępnić lekarzom dla celów zapobiegawczych gamma globulinę.

Dr Krupa — lekarz powiatowy w Bochni.

Stosunkowo pomyślny stan epidemiczny w powiatach wypływa w znacznej mierze z nieustannej działalności dezynfektorów. Jeśli obecnie dezynfektorzy ci mają zostać zlikwidowani, obarczy się lekarza powiatowego pracą w terenie, której podołać nie będzie w stanie. Konsekwencje tego kroku będą nieobliczalne i dlatego apeluję do obecnych tu przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, by poczynili starania zmierzające do utrzymania dezynfektorów w dotychczasowej ilości.

Odnośnie programu zwalczania gruźlicy stwierdzam, że jesteśmy ostatnim państwem, które nie posiada jeszcze podstawowej ustawy o zwalczaniu gruźlicy. Trudności, na jakie napotyka prowadzenie akcji p/gruźliczej w terenie są spowodowane brakiem aparatów rentgenowskich w poradniach i brakiem materiału propagandowego.

Problemem głęboko nurtującym nasz naród jest problem alkoholizmu. Pijaństwo jest powszechnym zjawiskiem w kraju. Zjazd lekarzy powiatowych nie może tego problemu pominąć i powinien umieścić odpowiednią uchwałę w rezolucjach Zjazdu.

Dr Wysocki
lekarz naczelny U. S. w Chrzanowie.

Pomocą w akcji zwalczania gruźlicy w terenie są ruchome kolumny rentgenowskie, które powinny w terenie zająć się także propagandą. Do akcji propagandowej należy również wciągnąć czynnik społeczny nielekarski, stwarzając koła walki z gruźlicą.

Dr Westrych
Komisarz do Walki z Epidem. na woj. krak.

Decyzją Ministerstwa Zdrowia zmniejszono w powiatach wojew. krakowskiego ilość zespołów p/epidemicznych do 8. Na konferencji lekarzy powiatowych poświęconej temu zagadnieniu omówiono technikę walki z chorobami epidemicznymi przy zredukowanym personelu. Wysłano memoriał do Ministerstwa Zdrowia podpisany przez wszystkich lekarzy powiatowych naszego województwa, przedstawiający niebezpieczeństwo, które wyniknąć może wobec znacznej redukcji kolumn p/epidemicznych. — W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia podało, że w pierwszym kwartale 1947 r. redukcja musi być utrzymaną, jest jednak możliwość powrócenia do tego problemu w marcu 1947 roku.

Odnośnie szczepień p/błoniczych, Polska była jednym z pierwszych krajów, które zaprowadziło przymusowe szczepienie przeciw błonicy. Wyniki tych szczepień przeprowadzonych masowo w Warszawie przed wojną były bardzo dobre, wyniki ich były referowane przez prof. Hirszfelda w Paryżu. Masowe szczepienia były przeprowadzane w r. 1945 i 1946 na terenie wojew. poznańskiego, gdzie panowało największe nasilenie błonicy. Wzrost epidemii błonicy notujemy od 1930 r. w Niemczech, w okresie wojennym a szczególnie powojennym nastąpił we wszystkich krajach zachodniej Europy olbrzymi wzrost zapadalności i umieralności na błonicę. Również Japonia i Filipiny wykazały w ostatnich latach znaczny wzrost zachorowań na błonicę. Dla przykładu podaję, że w Holandii za ostatnie 5 lat było 200.000 przypadków błonicy, podczas gdy w poprzednich 5 latach zarejestrowano tylko 5.000 przypadków. Jedynie Anglia i Ameryka wykazują stale spadek zachorowań na błonicę, a to dzięki masowemu szczepieniu dzieci. Komisariat do Walki z Epidemiami planuje w 1947 r. przeprowadzenie masowych szczepień p/błoniczych w Krakowie.

W mieście Tarnowie oraz kilku gminach powiatu nowotarskiego przeprowadziliśmy w bieżącym roku szczepienia przeciw durowi brzusznemu szczepionka endotoksyczna (antygen wewnątrz - komórkowy otwarty). Zaletą tej szczepionki jest to, że daje ona nieznaczne odczyny poszczepienne i że stosuje się jednorazowo. W przyszłym roku będzie ta szczepionka zastosowana na terenie całego województwa.

Dr Bartenbach
naczelnik Wydziału Walki z Gruźlicą Ministerstwa Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia rozporządza 3 tysiącami miejsc sanatoryjnych dla chorych na gruźlicę, z tego 2 tysiące miejsc przeznaczono dla dorosłych a tysiąc dla dzieci. Leczenie dzieci zostało przejęte przez Ministerstwo Oświaty. Leczenie dzieci jest uzgadniane z Kuratorium Okręgowym. 50% miejsc jest przeznaczone dla dzieci chłopskich. Ministerstwo Zdrowia opłaca koszty leczenia w okresie 3 miesięcy, a wyjątkowo 6 miesięcy. Dlatego też należy przy kierowaniu do leczenia sanatoryjnego dobierać starannie przypadki nadające się do tego leczenia.

Dr Grynberg
Dyrektor Departamentu Organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia.

Rozpocznę od spraw poruszonych przez Dra Anselma, od tematu o oraczach i o roli.

Najtrudniejszą sprawą jest dokonanie przewrotu w psychice ludzkiej, tj. przeorania psychiki. Przewrót w technice, rewolucja techniczna wyprzedza zawsze zmiany gospodarcze, społeczne i w psychice społeczeństwa. U podstaw rewolucji francuskiej jest również przewrót techniczny, tj. przejście z chałupniczej formy pracy do wielkich fabryk wyposażonych w odpowiednie urządzenia techniczne. W fabrykach tych, stanowiących własność kapitalistów pracują wielofachowe zespoły robotników najemnych.

W naszej pracy lekarskiej dokonał się również przewrót w technice. Gdy sobie uświadomimy ten przewrót i przeoramy własną naszą psychikę, wykujemy w ten sposób nową ideologię lekarską, która będzie motorem przyspieszającym postęp i rozwój służby zdrowia. Im mocniej uświadomimy sobie ten przewrót w technice lekarskiej, który się obecnie dokonywuje, który jest nieodwracalny a zarazem korzystny dla społeczeństwa i zwiększa ilość świadczeń usług zdrowia dla tego społeczeństwa, tym łatwiej będziemy mogli przeorać psychikę zarówno tych, którzy te usługi zdrowia świadczą, jakoteż tych, którym te sługi są świadczone.

Był taki czas, kiedy lekarz sam pełnił wszystkie funkcje związane z niesieniem pomocy choremu, nie wyłączając nawet funkcji aptekarza. Obecnie istnieje cały szereg specjalności w samym zawodzie lekarskim niezależnie od tego, że wyodrębniły się z niego funkcje aptekarza, lekarza dentysty itp. Mało tego, nie wystarcza już obecnie gabinet lekarski, muszą istnieć zakłady wyposażone w specjalne urządzenia techniczne. Z wielkim, podstawowym warsztatem pracy lekarskiej — szpitalem — jesteśmy już zżyci. Nie do pomyślenia jest obecnie, aby można było mówić, że w jakimkolwiek kraju istnieje pomoc lekarska bez szpitali. Szpital, to typowy warsztat pracy lekarskiej zespołowej zaopatrzony w specjalne urządzenia. Lekarz jest kierownikiem tego warsztatu. Zdaje sobie jednakże dobrze sprawę, że bez wielofachowego zespołu nie sprostałby zadaniu.

Poza szpitalem jest jeszcze olbrzymi dział pomocy lekarskiej, który w odróżnieniu od zamkniętej pomocy lekarskiej szpitalnej nazywamy otwartą pomocą lekarską. Dział ten obejmuje leczenie chorych przychodzących, zwalczanie chorób epidemicznych i społecznych, zapobieganie chorobom oraz ochronę zdrowia matki i dziecka jako podstawę polityki populacyjnej. Jest tu olbrzymi dział pomocy lekarskiej, który coraz bardziej doskonali się i rozwija. Dla spełnienia wyżej wymienionych funkcyj otwartej pomocy lekarskiej już znowu nie wystarcza gabinet lekarski z zamkniętym w nim lekarzem.

Ambicją nowo powstałego Ministerstwa Zdrowia było przeoranie przede wszystkim tego najbardziej zaniedbanego odcinka służby zdrowia, tj. odcinka wiejskiego.

Robotnicy w okresie drugiej niepodległości zdobyli sobie zorganizowaną pomoc lekarską w postaci kas chorych zwanych później ubezpieczalnią społeczną. Chłopi zaś pozostali nadal bez jakiejkolwiek organizacji pomocy lekarskiej. Szpitale istniały na terenach wiejskich i obsługiwały ludność indywidualnie. Jako formę służby zdrowia dla ludności wiejskiej w odniesieniu do otwartej pomocy lekarskiej wybraliśmy ośrodek zdrowia.

Czy postąpiliśmy słusznie? Zdaje się, że tak, o czym świadczą dotychczasowe osiągnięcia.

Przed wojną na 34 milionów ludności było 482 ośrodków zdrowia, z czego zaledwie 56 obsługiwało ludność wiejską. Obecnie na 24 mil. ludności istnieje 809 ośrodków zdrowia z 4000 przychodni, z czego 530 ośrodków zdrowia obsługuje ludność wiejską, a więc 10-krotnie więcej, niż przed wojną.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę sytuację gospodarczą w 1938 r. i 1946 r., to zrozumiemy, że te wielkie osiągnięcia są możliwe dzięki trafnej myśli słusznej idei.

Dochód społeczny na głowę obecnie wynosi połowę tego, co w 1938 r. Realne uposażenie robotnika jest zaledwie częścią jego uposażenia z 1939 r. Kraj nasz na skutek straszliwej okupacji hitlerowskiej poniósł straty, wynoszące 100 miliardów złotych w złocie. Jeżeli w tych ciężkich warunkach ekonomicznych udało się nam osiągnąć na odcinku wiejskim tak wielkie sukcesy, musimy uznać, że egzamin zdaliśmy. Sprawę tę należy sobie należycie uświadomić oraz przekazać ją najszerszym warstwom społeczeństwa.

II dzień obrad.

Dyskusja w sprawie koordynacji działalności władz na odcinku publicznej służby zdrowia.

Dr Kosobudzki
lekarz naczelny U. S. w Tarnowie.

Notoryczny brak leków i wysokie ceny na leki w aptekach powodują, że chorzy ubezpieczeni leczeni w szpitalach są zmuszeni do kupowania leków na wolnym rynku. Ubezpieczalnia nie może zwracać tym chorym kosztów leków i domaga się, by szpitale w ramach opłat otrzymywanych z Ubezpieczalni tytułem leczenia ubezpieczonych dostarczały tym ostatnim leków.

Należy wyjaśnić, skąd bierze się penicylina w aptekach, podczas gdy w szpitalu odczuwa się jej brak.

Płk. Dr **Wenzel** — Szef Sanitarny PCK.

Polski Czerwony Krzyż w czasie od 1 stycznia do 30. września 1946 r. przez swoje placówki i ambulatoria udzielił 27.738 osobom pomocy lekarskiej. Okręg krakowski rozporządza 61 ambulatoriami, z tych 43 pracuje w ścisłej łączności z ośrodkami zdrowia. P. C. K. ustosunkowuje się pozytywnie do współpracy i oczekuje w najbliższym czasie zebrania się rady koordynacji lecznictwa.

Dr **Ciećkiewicz**

porusza sprawę leków, których szpitale publiczne nie dostarczają chorym, zmuszając ich do zakupywania leków w aptekach publicznych. Sprawa ta musi być rozwiązana we wzajemnym porozumieniu, gdyż Ubezpieczalnia nie może stanąć na tym stanowisku, że obrazi się na szpitale i przestanie posyłać chorych do szpitali publicznych. Byłoby to ze szkodą dla zdrowia publicznego, szczególnie tam, gdzie istnieją szpitale kształcące medyków. Nie ulega wątpliwości, że pierwsze posiedzenie rady koordynacji lecznictwa będzie musiało zająć się tym problemem i znaleźć wyjście takie, aby i ubezpieczalnia i szpitale były zadowolone.

Druga sprawa, to zagadnienie penicyliny; sprawa ta również musi być załatwiona. Jak długo penicylina nie znajduje się w wolnym handlu, tak długo nie powinna być stosowana gdzie indziej, jak w szpitalach, gdyż daje to gwarancję, że stosowana jest celowo i u tych chorych, którym może uratować życie. Izba lekarska powinna powziąć uchwałę zakazującą stosowania penicyliny w praktyce ambulatoryjnej, ponieważ, skoro nie ma jej w handlu, bywa stosowaną ambulat. penicylina niepewnego pochodzenia. Sprawę tę należy uregulować tak, aby penicylina była przede wszystkim dla szpitali, które mają oddział położniczy, chirurgiczny i septyczny. Mam nadzieję, że i ten problem zostanie załatwiony.

Trzecia sprawa, to utrzymanie ośrodków zdrowia i partycypowanie przez instytucje, które korzystają z ich urządzeń, w kosztach prowadzenia ośrodków. W tym względzie w Krakowie rokowania nasze z Zarządem Miejskim daleko się posunęły i współpraca nasza zacieśnia się coraz bardziej. Jeśli chodzi o poradnie, np. opieki nad matką i dzieckiem, przeciwgruźlicze, które są już czynne w ośrodkach, to z chwilą, gdy ośrodek obejmie całość akcji w 100%, Ubezpieczalnia powinna partycypować w ponoszeniu kosztów w tym stosunku, jaki wynika z ilości ubezpieczonych i członków rodzin do ogółu ludności.

Wprawdzie w Krakowie rada koordynacji lecznictwa zbiera się rzadko, ale współpraca istnieje ścisła, szczera i bardzo serdeczna. Dla przykładu podam, że U. S. urządziła w swoim szpitalu oddział radowy, który istniał przez półtora roku dla wszystkich chorych z całej Polski, gdyż korzystaliśmy z tego, że przebywał u nas dr **Łukaszczyk**. Z chwilą gdy instytut radowy otwarto ponownie w Warszawie, dr **Łukaszczyk** przeniósł się do Warszawy. Było by pożądanym, by południowa Polska dysponowała co najmniej 100 mg radu, aby wszyscy chorzy nie musieli jeździć do Warszawy. Drugim przykładem jest to, że posiadamy w Myślenicach duży i piękny budynek, a powiat myślenicki nie posiada szpitala publicznego. Postanowiliśmy więc oddać go na cele szpitalne. Rokowania postąpiły naprzód, ale budynek jest jeszcze zajęty przez pewną instytucję, wobec czego nie mamy możności oddać go swemu przeznaczeniu. Że ta współpraca nie zawsze popłaca, to najlepszym dowodem to, że w tym okresie początkowym, gdzie nie było wszędzie zorganizowane promieniolecznictwo, leczyliśmy wszystkich chorych z całej Polski Roentgenem; skończyło się na tym, że gdy lampa się spaliła, nie mamy możliwości leczenia nawet własnych chorych. Dzięki przychylnemu stanowisku Ministerstwa Zdrowia istnieje możliwość zakupienia aparatu terapeutycznego w Szwecji.

Ślemiński
sekretarz Wydz. Powiatowego Żywiec.

Nieporozumienie i niezadowolenie, jakie powstaje w obecnym czasie między samorządem a służbą zdrowia wynika z trudnych warunków finansowych samorządu w roku ubiegłym, nieuchwalenia budżetu dla ośrodków zdrowia z braków natury organizacyjnej, jak i z braku statutu dla ośrodków zdrowia i szpitala.

Konieczny
sekretarz Wydz. Powiatowego Miechów.

Zapewnić należyty rozwój instytucji powołanych do czuwania nad zdrowiem publicznym, może przede wszystkim dobra wola ze strony Wydziału Powiatowego. Samorząd w Miechowie spełnia należycie swe zadanie, a zdrowie publiczne uważa za najważniejszą dziedzinę w samorządzie.

Osiecki Ludwik
Naczelnik Wydziału Samorządowego U. W.

W wygłoszonym wczoraj referacie miałem możność poruszyć w dość szerokiej skali te zagadnienia, które były przedmiotem dzisiejszej, tak ożywionej dyskusji. Pan Dyrektor Departamentu Ministerstwa Zdrowia w swoim przemówieniu faktycznie potwierdził mój punkt widzenia, jeśli chodzi o założenia wczorajszego mego referatu i poniekąd wyręczył mnie w odpowiedzi na dane poru-

szone w dyskusji i w sprawozdaniach. Muszę się przyznać, że wysłuchawszy bardzo ciekawych sprawozdań lekarzy, uspokoiłem się. Ze sprawozdań tych wynika bowiem, że współpraca pomiędzy samorządem i czynnikami rządowymi, reprezentującymi sanitariat, nie układa się najgorzej, a to nie zachodzi, czego się najbardziej obawiałem, tj. zużywania przez związki samorządowe na inne cele, niezwiązane z akcją zdrowotności publicznej, dotacji Ministerstwa Zdrowia. Nie mogłem, niestety, wziąć udziału we wczorajszych popołudniowych obradach, w czasie których, jak się dowiaduję, poruszono, czy jednak samorząd da sobie radę w rozwiązaniu zagadnienia zdrowotności publicznej na swoim terenie, a w szczególności, czy zdoła zabezpieczyć przejęte, czy też przejmowane przez siebie szpitale powszechne. Otóż, chciałbym rozwiać tę niewiarę w siły i intencje samorządu. Chciałbym w związku z tym raz jeszcze przypomnieć, że samorząd był pionierem tych akcyj u nas, że nie kto inny, a tylko związki samorządowe budowały pierwsze ośrodki zdrowia, wszak samorząd stworzył i szpitale powszechne. Sądzę, że szpitale samorządowe, np. w Zakopanem i Chrzanowie nie ustępują, pod względem swych poziomów szpitalom państwowym w tej samej skali. Z tych przykładowo rzuconych faktów wynika, że związki samorządowe, reprezentowane przez czynniki obywatelskie, zdolne są jednak wniknąć w najbardziej elementarne potrzeby ludności i potrzeby te zabezpieczyć. Chcę stwierdzić, że jeśli chodzi o powiaty miechowski i olkuski, to przecież tam nie było tzw. szpitali powszechnych, zawiadywanych przed wojną przez magistratury rządowe, tym niemniej wraz z tymi powiatami przejęliśmy i w Miechowie i w Olkuszu szpitale kreowane przez samorząd, kreowane w okresie między dwiema wojnami światowymi. Zapewne, samorząd przeżywał i przeżywa jeszcze ciężki okres finansowy, co niewątpliwie wpływa na redukcję jego ekspansji. Proszę nie zapominać, że bezpośrednio po ustąpieniu okupantów zostało zamrożone w kasach samorządowych naszego województwa 180 milionów złotych. Nastąpiło to w chwili, gdy trzeba było rozpoczynać życie na nowo. Wówczas samorząd znalazł się w gorszej sytuacji, niż osoba fizyczna, która mogła wymienić 500 zł. Było to niewątpliwie podyktowane koniecznościami państwowymi i dlatego też punkt ciężkości dyspozycji finansowej znalazł się prawie wyłącznie w rękach Skarbu Państwa. Jednak chcę stwierdzić, że pomimo tych trudności samorząd potrafił od pierwszego dnia wyzwolenia uruchomić najważniejsze elementy zdolne zabezpieczyć najbardziej powszechne potrzeby mieszkańców, przyczynić się, pomimo powtarzam piętrzących się trudności, do znormalizowania, jakże naruszonego, życia zbiorowego. Chciałbym tedy tę niewiarę w samorząd rozwiać. We wczorajszym referacie pozwoliłem sobie zauważyć, że istotnie czynniki obywatelskie nie zawsze oddziaływują w sposób zadawalniający na zagadnienia korzystne z punktu interesów zbiorowych. Nie zmienia to zasadniczego na te sprawy mojego poglądu. Właśnie naszym obowiązkiem jest wskazane ujemne sytuacje wyjaśniać. W konkretnym wypadku, tj. na odcinku akcji w zakresie zdrowotności publicznej, obowiązek ten m. in. ciąży na lekarzach, starostach i sekretarzach wydziałów powiatowych i inspektorach. We wczorajszym przemówieniu podniosłem, że bywając na posiedzeniach powiatowych rad narodowych i to budżetowych, byłem zdziwiony. nie widząc na sali lekarzy, ani fachowych przedstawicieli innych resortów administracji publicznej. Wszak właśnie na takich posiedzeniach moglibyśmy wiele zagadnień wyjaśnić i spopularyzować. Kończąc przemówienie, prosiłbym wszystkich tutaj obecnych o większe zaufanie do samorządu, do tych rad narodowych, które wszak są kręgosłupem naszej struktury państwowej. Prosiłbym o oddziaływanie na czynniki obywatelskie w kierunku uświadamiania ich o elementarnych potrzebach naszego życia zbiorowego, od realizacji których uzależnia się postęp społeczny, a co za tym idzie nasz dobrobyt, a jako samorządowiec i społecznik zapewniam, że czynniki obywatelskie ustosunkują się pozytywnie do każdej słusznej inicjatywy.

Dr G r y n b e r g.

W dniu wczorajszym został wysunięty cały szereg zagadnień aktualnych i problemów z dziedziny służby zdrowia. Dziś ilość tych problemów znacznie się zwiększyła. Nie jestem w stanie wyczerpać wszystkich zagadnień służby zdrowia tutaj poruszonych, chcę wrócić do zagadnienia podstawowego, a mianowicie przewrotu w technice pracy lekarskiej. Przewrót ten pozwala nam zwiększyć znacznie ilość świadczeń usług zdrowia w stosunku do społeczeństwa.

Gdyśmy sobie słuszność naszej idei uświadomili, musimy ją szerzyć w jak najliczniejszych warstwach społeczeństwa lekarskiego, musimy uświadamiać, przekonywać. Nie chcemy narzucać tego przewrotu technicznego w pracy lekarskiej w sposób dyktatorski. Chcemy demokratycznie uświadamiać, chcemy, aby ta idea, która stanie się własnością całego społeczeństwa lekarskiego przyspieszyła postęp w rozwoju służby zdrowia.

Chcę w tym miejscu przytoczyć pewną opowieść, którą czytałem, będąc jeszcze dzieckiem, autora nie pamiętam. Rzecz dzie-

je się w okresie wprowadzenia kolei żelaznej, zdaje się, że w Niemczech.

W pewnej okolicy mieszka kowal z 3 synami. Zostaje wywłaszczony z części swego gruntu, przez którą ma być przeprowadzona kolej żelazna. Kowal zdaje sobie sprawę, że z chwilą uruchomienia kolei żelaznej mniej będzie koni do podkucia, mniej będzie okuć do wozów, zmniejszy się jego zysk. Nie jest w stanie zrozumieć, że jego doświadczenie fachowe może być wyzyskane również, i to w znacznie lepszym stopniu, bardziej pożytecznie dla społeczeństwa, w przemyśle związanym z koleją. Wraz ze swymi 3 synami postanawia wykuć z żelaza wspaniałe dzidy, którymi ma zniweczyć kolej żelazną, która przejedzie kiedyś przez jego grunta. W dzień, kiedy zbliża się lokomotywa do miejsca zamieszkania kowala, staje on na jej drodze wraz ze swymi 3 dorodnymi synami uzbrojonymi w dzidy. Wynik jest jasny, kolej przejeżdża, pozostawiając po sobie trupy kowala i jego 3 synów.

Postępu technicznego nie jesteśmy w stanie wstrzymać ani odwrócić, powinniśmy raczej uświadomić sobie jego wielkie dobrodziejstwo, które ze sobą niesie i kierować tym, że tak powiem, żywiołowym ruchem idącym od dołu przewrotu technicznego.

Zdajemy sobie sprawę, że w chwili obecnej nie wszystkie ośrodki zdrowia pracują na odpowiednim poziomie. Są takie, o których możemy powiedzieć, że pracują źle. Nie znaczy to wcale, ażeby idea ośrodków zdrowia swojego egzaminu życiowego nie zdała.

Jeżeli w okresie przejścia z formy rękodzielniczej szewstwa do produkcji mechanicznej okazało się, że buty robione mechanicznie były gorsze, to nie znaczy wcale, ażeby produkcja mechaniczna butów nie miała przed sobą przyszłości. Przecież jest dla wszystkich jasne, że przy produkcji mechanicznej butów tych można produkować więcej i po tańszej cenie, należy tylko tę produkcję udoskonalić.

Analogicznie przedstawia się sprawa ośrodków zdrowia. Należy poziom fachowy ośrodków zdrowia podnieść.

Jako przyczynę niskiego poziomu powiatowych ośrodków zdrowia, podawali Koledzy to, że ośrodki zdrowia są utrzymywane przez samorząd, a samorząd w chwili obecnej jest słaby gospodarczo. Naszym zdaniem należy uświadomić społeczeństwo, że jest ono bezpośrednio zainteresowane instytucjami służby zdrowia. Samorząd jest instytucją demokratyczną. Prawdziwa demokracja, demokracja ludowa stawia dopiero swoje pierwsze kroki, budujemy dopiero fundament demokracji polskiej. Istnieją poza tym jeszcze luki ustawodawcze, niema jeszcze stałego powiązania pionu samorządowego nadzorowanego przez Rady Narodowe z pionem państwowym. Prezydium K. R. N. doskonale zdaje sobie z tego sprawę i stoi całkowicie do naszej dyspozycji celem usprawnienia gospodarki samorządowej oraz najściślejszego powiązania jej na odcinku służby zdrowia z naszą administracją terenową: referatami powiatowymi i wojewódzkimi wydziałami zdrowia.

Na terenie jednego z województw wszyscy lekarze powiatowi byli członkami Rady Narodowej. Rady Narodowe Powiatowe na skutek tego tak żywo zainteresowały się zagadnieniami zdrowia, że specjalne posiedzenia Rad były poświęcane sprawom służby zdrowia. Głównymi referentami na tych posiedzeniach byli lekarze powiatowi i naturalnie na terenie tych powiatów postęp w służbie zdrowia był daleko lepszy, aniżeli w innych województwach.

Jeżeli chodzi o własność ośrodków zdrowia, jest wielu przeciwników, aby ośrodki zdrowia zostały instytucjami samorządowymi.

W okresie przejśca z gospodarki liberalistycznej na gospodarkę planową często następuje przechylenie pałki i chęć bezpośredniego i ścisłego podporządkowania sobie wszystkich instytucji, a więc przekształcenie ośrodków zdrowia na instytucje państwowe.

Samorządowe ośrodki zdrowia nie podważają absolutnie planowej gospodarki tej służby i na pewno nie sprowadzą roli centralnych organów do dawnej funkcji policyjno-nadzorczej.

Jesteśmy bezwzględnie zwolennikami planowej gospodarki w zakresie świadczeń usług zdrowia. Jest to właściwie podstawą istnienia Ministerstwa Zdrowia jako centralnej instytucji planowania i gospodarki świadczeń usług zdrowia. Jest to podstawą trwałości istnienia Min. Zdrowia w porównaniu z sezonowym Ministerstwem z 1918 r., które miało jedynie funkcje nadzorcze w stosunku do liberalistycznej gospodarki świadczeń usług zdrowia.

Wielotorowość w lecznictwie jest pozostałością liberalistycznej polityki w zakresie służby zdrowia. W okresie przejściowym musimy koordynować wysiłki wszystkich tych torów, aby stopniowo sprowadzić je do jednotorowej planowej gospodarki świadczeń usług zdrowia. Okres koordynacyjny musimy uważać za okres, w którym powinniśmy szczególną uwagę zwrócić na przekonywanie, na przeoranie gleby psychicznej.

Powołaliśmy do życia wojewódzkie, a później powiatowe rady koordynacji. Ta koordynacja od dołu wspomagana jest i od góry i w najbliższym czasie koledzy otrzymają nowe instrukcje uzgodnione z odpo-

wiednimi Ministerstwami, nadzorującymi inne tory lecznictwa. W tych radach koordynacyjnych koledzy jednak winni się czuć jako gospodarze służby zdrowia danego terenu.

Na terenie ośrodków zdrowia koordynacja powinna wyglądać w ten sposób, że poszczególne instytucje lecznictwa zorganizowanego powinny zawierać umowę z właścicielami instytucyj, tj. ośrodkami zdrowia, a nie zatrudnionymi w ośrodkach zdrowia lekarzami. Ośrodek zdrowia jako instytucja jest rzeczą trwałą, zawsze trwalszą aniżeli personel w nim zatrudniony.

Poważną trudnością, jaką koledzy napotykają przy podniesieniu poziomu pracy na terenie ośrodków zdrowia, jest brak odpowiedniego personelu lekarskiego. Co pod tym względem zrobiliśmy i jakie są nasze osiągnięcia?

Przed wojną istniało 5 wydziałów lekarskich, obecnie mamy ich 7. W stosunku do liczby ludności i dochodu społecznego w stosunku do 1939 r. w chwili obecnej powinniśmy mieć wszystkiego 1.4 wydziałów lekarskich. Jeżeli istnieje aż 7 wydziałów lekarskich, jest to wynikiem wielkiego zrozumienia, jakim się cieszy służba zdrowia w naszym rządzie, a przede wszystkim jest to osiągnięcie spowodowane wielkim przewrotem ekonomicznym, jaki się u nas dokonał i gospodarką planową.

Przed wojną w całym kraju istniała tylko jedna wyższa uczelnia stomatologiczna. Obecnie istnieją już trzy, za kilka tygodni 4, a w jesieni 1947 r. będzie już ich 5.

Czy te osiągnięcia pozwolą nam już spocząć na laurach? — Nie.

W końcu planu trzyletniego będziemy mieli zaledwie 70% lekarzy w stosunku do 1938 r. Według praw ekonomicznych, a te również stosują się do świadczeń usług zdrowia, o postępie w pewnej dziedzinie gospodarczej decyduje nie ten czynnik, którego mamy najwięcej, lecz ten, którego mamy najmniej, a więc decyduje brak lekarzy i leków. Mamy kilkanaście procent pokrycia przez przemysł krajowy oraz brak personelu wynoszący 50%. W pomoc idzie nam inne prawo tegoż samego ekonomisty, które mówi, że ulepszenia techniczne mogą pomnożyć ten czynnik, którego mamy mało. Takim ulepszeniem technicznym zwielokrotniającym nam pracę lekarza jest zmotoryzowany środek komunikacyjny.

Lekarz udający się do chorego zamieszkałego w odległości 10 km od jego miejsca zamieszkania traci około 8 godzin, jeżeli dysponuje jako środkiem komunikacyjnym koniem. Jeżelibyśmy dali do dyspozycji lekarzy samochód, przebędzie on tę samą przestrzeń w ciągu 8-krotnie krótszego czasu. W ten sposób jakbyśmy uośmiokrotnili każdego lekarza pracującego w okręgu wiejskim. Jeżeli lekarz za świadczenia swoje będzie liczył 2 razy taniej, aniżeli posługując się końmi, to jednakże realny jego zarobek wzrośnie dwukrotnie.

Ministerstwo Zdrowia czyni wszelkie możliwe wysiłki celem uzyskania odpowiedniej ilości Jeepów i Willysów do dyspozycji służby zdrowia, szczególnie w okręgach wiejskich. Będzie to odgrywało kolosalną rolę również w planowym rozmieszczeniu lekarzy, gdyż lekarz nie będzie w ten sposób oderwany od ośrodków kulturalnych, będzie miał możliwość dalej doskonalić się, piąć się wzwyż oraz zająć wyższe stopnie w hierarchii służby zdrowia. W ośrodkach zdrowia brak nie tylko lekarzy, ale również pielęgniarek i położnych. Położnych jest zasadniczo w Polsce dostateczna ilość, są one tylko nieprawidłowo rozmieszczane. W tym celu Ministerstwo Zdrowia ma zamiar w 1947 r. każdej położnej, osiedlającej się w gminie wiejskiej dać premię w wysokości 3.000 zł miesięcznie. W ten sposób położne nie pozbawione możliwości zarobkowania będą miały pewne podstawy do egzystencji.

Szkół położnych mamy w Polsce 5, wszystkie stoją na bardzo wysokim poziomie (dwuletni kurs).

Przed wojną mieliśmy 5 szkół pielęgniarskich, obecnie jest czynnych 9, w końcu 1947 r. będzie ich czynnych 19, w tym 2 będą specjalnie poświęcone dla kształcenia tak zwanych piastunek, tj. pielęgniarek żłóbkowych. W pozostałych szkołach poziom nauki jest utrzymany możliwie na najwyższym poziomie. Niezależnie od tego wszystkie oddziały P. C. K. na 6-miesięcznych kursach kształcą siostry pogotowia sanitarnego.

Mówiąc o zagadnieniach personalnych służby zdrowia należy bezwzględnie poruszyć sprawę jednolitej polityki płac w służbie zdrowia i zapewnienia minimum egzystencji wszystkim pracownikom służby zdrowia. Usiłowania Ministerstwa Zdrowia były pod tym względem hamowane na skutek braku związku zawodowego pracowników służby zdrowia. Z chwilą utworzenia jego jesteśmy przekonani, że i ta sprawa ruszy z martwego punktu.

Została tu poruszona sprawa alkoholizmu jako bardzo poważne zagadnienie. Zdajemy sobie z tego doskonale sprawę, wiemy o tym, że okupant hitlerowski zupełnie świadomie rozpijał naszą ludność, uczył pędzić bimber. Z prasy wiemy, że 13-letnie dzieci już potrafią produkować bimber z mąki. Są wsie pod Warszawą, gdzie w każdym domu jest tajna gorzelnia. To nie jest tylko sprawa trucia ludności bimbrem. Produkcja bimbru zagraża nam przez to, że niszczy nasze zapasy chleba, których mamy jeszcze w obecnej

chwili w niedostatecznej ilości. Gorzelnie państwowe produkują alkohol z odpadków, a nie ze zboża. Po likwidacji produkcji bimbru będziemy mogli stopniowo zmniejszyć produkcję alkoholu na wolny rynek. Nam pijany budżet nie jest potrzebny, mamy doskonale przygotowaną produkcję eteru z alkoholu. W odpowiednim momencie będziemy mogli się stać głównym producentem eteru w Europie Środkowej. Zamiast rozpijać ludność własną, czy w innych krajach, będziemy mogli produkować niezbędne leki.

W dyskusji poruszone było również zagadnienie powszechnej służby zdrowia. Bezwzględnie chcemy upowszechnić służbę zdrowia i zdecydowanie dążymy w tym kierunku naprzód, nie szafujemy jedynie demagogicznymi hasłami. Nie chcemy tworzyć fikcji ośrodków zdrowia, tj. takich ośrodków, w których nie ma lekarza, a więc właściwej osoby, niosącej pomoc lekarską. Możemy się zgodzić z istnieniem punktów sanitarnych, w których są pielęgniarki, do których lekarze dojeżdżają kilka razy tygodniowo. Zanim sieć ośrodków zdrowia pokryje w dostatecznej ilości cały kraj — co będzie podstawą powszechnej służby zdrowia — musi potrwać jakiś czas, chociażby ze względu na brak personelu lekarskiego. Czy dążymy do tego, ażeby możliwie jak największa ilość świadczeń zdrowia była bezpłatna?

Tak jest, dążymy. W swoim czasie wystąpiliśmy z projektem bezpłatnego leczenia wszystkich chorych zakaźnych w Państwie. Mimo bardzo skrupulatnego uzasadnienia tego projektu Skarb się sprzeciwił temu, niemniej w preliminarzu budżetowym została przekazana taka suma na zwalczanie chorób zakaźnych, że powszechna bezpłatna pomoc lekarska w chorobach epidemicznych została w kraju zrealizowana. W miarę poprawy sytuacji gospodarczej, a wiemy, że pod tym względem osiągnięcia nasze są wielkie i perspektywy dobre, przekonani jesteśmy, że dojdziemy do zrealizowania powszechnej służby zdrowia. Przy poruszaniu zagadnień zwalczania epidemii koledzy skarżyli się na to, że nasz aparat administracyjny jest zbyt mały.

Uważam, że nasz aparat administracyjny, to są sztaby, instytucje świadczące usługi zdrowia, to są linie. Porównanie to zapożyczone jest z wojska. Musi istnieć pewna proporcja między liniami i sztabami. Należy bezwzględnie unikać, a nawet zwalczać rozrost sztabów. I taka była nasza polityka w centrali, była to polityka słuszna. Właśnie na poruszonym tu odcinku walki z epidemiami mieliśmy doskonały tego sprawdzian. W 1919 r. istniał również komisarz do walki z epidemiami. Miał on tysiąckrotnie większe środki dla zwalczania epidemii aniżeli nasz Komisariat. Kraj nie był zniszczony i wreszcie nie było tego fantastycznego ruchu migracyjnego, jaki myśmy przeżyli a mianowicie przesiedlenie 4 milionów ludności. Tym niemniej nasz Komisariat do Walki z Epidemiami zdał swój egzamin wspaniale. Nasz mały sztab także zdał egzamin, zdały go również instytucje nie tylko na odcinku epidemii, ale na wszystkich innych. Mamy dowody, że w naszym aparacie służby zdrowia jest wiele talentów organizacyjnych. Nasze dotychczasowe osiągnięcia świadczą, że personel nasz posiada olbrzymi zapas energii i myśli twórczej. Jesteśmy pewni, że z roku na rok służba zdrowia posuwać się będzie szybkimi krokami naprzód z pożytkiem dla całego społeczeństwa.

Dr JÓZEF WÓJCIKIEWICZ Kraków

Stan szpitalnictwa na terenie Województwa Krakowskiego (w okresie przedwojennym, okupacyjnym i powojennym).

I. Okres przedwojenny

W okresie przedwojennym wszechwładnie panującą ustawą normującą stan prawny szpitalnictwa na terenie wszystkich województw małopolskich była ustawa Krajowa z dnia 28 lipca 1897 r. (Dz. U. Kraj. Nr 47), „urządzająca prawne stosunki szpitali powszechnych i publicznych, tudzież zakładów dla położnic i obłąkanych, obowiązująca w Królestwie Galicji i Lodomerii z Wielkim Księstwem Krakowskim“.

Ustawa ta, zawierająca wszelkie przepisy, instrukcje nawet bardzo szczegółowe i drobiazgowe, ujmowała tym samym w swoje ramy szczegółowo stronę administracyjną i gospodarczą szpitali krajowych i samorządowych.

Po pierwszej wojnie światowej w okresie polskiej racji stanu, b. Wydział Krajowy z siedzibą we Lwowie oddaje swoją nadzorczą władzę nad szpitalnictwem tzw. Tymczasowemu Wydziałowi Samorządowemu w likwidacji we Lwowie, a w miejsce dotychczasowego Marszałka Wydziału Krajowego stanął na czele Wojewoda Lwowski.

Taki stan prawny trwa do 1 września 1939 r. Przed 1 września 1939 r. istniały na terenie Województwa Krakowskiego szpitale p a ń s t w o w e św. Łazarza w Krakowie, Szpital dla psychicznie chorych w Kobierzynie z oddziałem w Szpitalu OO. Bonifratrów w Zebrzydowicach i Zakłady Jagliczne U. J. w Witkowicach; p o w s z e c h n e zaś: w Białej Krakowskiej, Bochni, Chrzanowie, Nowym Sączu, Nowym Targu, w Tarnowie, Wadowicach i Żywcu, M i e j s k i e Zakłady Sanitarne w Krakowie, Szpital OO. Bonifratrów w Krakowie, Szpital im. Narutowicza Ubezpieczalni Społecznej w Krako-

wie, Szpital Miejski w Zakopanem, Miejska Lecznica dla dzieci w Tarnowie; prywatne „Dom Zdrowia“, Szpital S. S. Miłosierdzia oraz Lecznica Związkowa, Lecznica Dra Kosińskiego — wszystkie w Krakowie oraz w Jaworznie Szpital Górniczy, ponadto cały szereg zakładów leczniczych na terenie dzisiejszego Województwa Rzeszowskiego — ogółem 51 zakładów leczniczych na ogólną ilość łóżek 8.310, poza tym 8 klinik o 1.160 łóżkach.

W 7 powiatach Województwa Krakowskiego nie było w ogóle szpitali.

W takiej konstelacji stosunków prawnych szpitalnictwa wybuchła wojna, która przyniosła ze sobą osobną kartę szpitalnictwa z czasu okupacji.

II. Okres okupacji

W czasie okupacji powstaje na terenie Województwa Krakowskiego stosunkowo wiele szpitali. W Krakowie Szpital P. C. K. (przy ul. Kopernika 26) o 400 łóżkach jako zespół szpitali warszawskich Ujazdowskiego, Mokotowskiego z Milanówka i Lecznicy pryw. „Sano“, Szpital P. C. K. z Warszawy przy ul. Grzegórzeckiej 20, powstałe po 22 października 1944 r. oraz szpital o 160 łóżkach przy ul. Kopernika 7, również warszawski; nadto lecznica prywatna dra Bulandy (w r. 1942) na 30 łóżek ul. Jasna 8 (obecnie Potockiego 9) — razem 4 zakłady lecznicze o ilości 590 łóżek.

Ponadto w terenie: w Brzesku 80 łóżek jako Szpital R. G. O. w Zakliczynie 35 łóżek (powiatu brzeskiego), Dąbrowie Tarnowskiej 80 łóżek, w Skawinie (30 łóżek) powiatu krakowskiego, Słomnikach P. C. K. 40 łóżek i Proszowicach szpitale P. C. K. 40 łóżek. (powiatu miechowskiego), Rabce-Zdroju 70 łóżek, zakaźne: w Komorowicach (powiat bialski) 60 łóżek, Miejski w Tarnowie 100 łóżek, Tuchowie 60 łóżek (powiatu tarnowskiego) i Makowie Podhal. (powiatu nowotarskiego) 50 łóżek. Razem 15 zakładów leczniczych o 1.235 łóżkach. Wspomnieć wypada o Mielcu i Dębicy, gdzie powstały szpitale, a powiaty te wyłączono w sierpniu 1945 r. z Województwa Krakowskiego.

Wymienione szpitale warszawskie w Krakowie znajdujące się wówczas gospodarczo i administracyjnie były związane ze Szpitalem św. Łazarza.

III. Okres powojenny

W takim stanie obejmuje Wydział Zdrowia w r. 1945 szpitalnictwo, które wyrażało się: w ilości 46 zakładów leczniczych o 7.767 łóżkach, tj. 33,5 łóżek na 10.000 mieszkańców, w tej liczbie zakładów: 8 klinik — 1.160 łóżek, szpitali zakaźnych 9 — 560 łóżek, szpitali powszechnych 29, łóżek 6.047, przy braku szpitali w powiatach krakowskim, myślenickim i limanowskim.

W Krakowie mieliśmy 4.107 łóżek, co wynosiło 137 łóżek na 10.000 mieszkańców i 12 powiatach — 3.660 łóżek, co wynosiło 23 łóżka na 10.000 mieszkańców.

Wydział Zdrowia w początkowym okresie powojennym objął jako spadkobierca — wyraziciel Państwa — po Tymczasowym Wydziale Samorządowym we Lwowie wszelkie jemu dotychczas podległe szpitale, a ponadto wszelkie szpitale powstałe w czasie okupacji, a podległe ze stanowiska prawnego przepisom rozp. Prez. Rzplitej z dnia 22. III. 1928 r. (Dz. U. R. P., Nr 38, poz. 382), o zakładach leczniczych uzupełnionego rozp. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 14. II. 1931 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P., Nr 29, poz. 195).

Wydział Zdrowia objął ponadto pod swój nadzór szpitale powiatowe w Miechowie i Olkuszu, które to powiaty zostały przyłączone w I kwartale 1945 r. do Województwa Krakowskiego. Szpitale te jako z terenu b. Kongresówki należały do szpitali podlegających przepisom rozp. z dnia 22. III. 1928 r.

W takim chaosie stosunków prawnych Wydział Zdrowia objął wszystkie szpitale, a Ministerstwo Zdrowia szczodrą ręką przyznawało subwencje bardzo znaczne, ceniąc wysoce konieczność udzielania pomocy szpitalom zrujnowanym niejednokrotnie doszczętnie i tym samym rozwiązania tak ważkiego problemu, jak leczenie obywateli tak zmaltretowanych, schorzałych i tego leczenia w dobrze urządzonym szpitalu potrzebujących.

Ogrom pracy do zrealizowania wielu planów, przezwyciężenia wielu trudności, stanął przed Wydziałem Zdrowia ze zrozumiałych przyczyn w początkach organizowania wszystkich placówek, począwszy od samego urzędu, zwłaszcza że stan szpitali po usunięciu okupanta przedstawiał się przeważnie bardzo smutno. Brak inwentarza, bielizny dla chorych, bielizny pościelowej, narzędzi lekarskich, sprzętu, urządzeń, gotówki itd. Do tego dołączył się stan zniszczenia budynków szpitalnych przez działania wojenne oraz dewastację wewnątrz zakładów, jak np. w Państw. Szpitalu św. Łazarza w Krakowie, skąd okupant wywiózł inwentarz w 10 wagonach. Miejskie Zakłady Sanitarne wykazywały bardzo nadwyrężony stan, Szpital Państw. w Kobierzynie, liczący przed wojną 1.130 łóżek zupełnie zdewastowany. Szpital OO. Bonifratrów w Krakowie z budynkiem bardzo uszkodzonym działaniami wojennymi 17 stycznia 1945 r., a w tym samym dniu został także zupełnie zniszczony przez bombę budynek Oddziału Neurologicznego Szpitala św. Łazarza, liczne uszko-

dzenia Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie, zupełna dewastacja wewnętrzna pięknego przed wojną Szpitala w Białej, znaczne uszkodzenia szpitali w Wadowicach, liczne uszkodzenia w Tarnowie, Żywcu, Miechowie, Dąbrowie Tarnowskiej i w Nowym Sączu.

Wydział Zdrowia na terenie sobie podległym z powiatami również mieleckim, dębickim, jasielskim i gorlickim od sierpnia 1945 r. już nie należącymi — na terenie 15.946 km² przy 2,425.420 mieszkańców, 1.870 gromadach, 17 powiatach, 40 gminach miejskich i 191 gminach wiejskich, dzięki bardzo wydatnym subwencjom Ministerstwa Zdrowia wielu milionów, które wyrażają się się za czasokres od 1. IV. 1945 r. do 31. XII. 1945 r. w sumie 47,168.961 zł na różne działy i instytucje, z której 6,100.000 złotych udzielono subwencyj szpitalom, ponadto 1,810.000 zł szpitalom jako zwrot kosztów leczenia, osiągnął bardzo wiele w dziedzinie szpitalnictwa.

Osiągnięcia przedstawiają się pokrótce następująco:

Przebudowano szpital w Brzesku na 80—100 łóżek — prace zapoczątkowało T-wo Okocim subwencją 100.000 zł.; urządzono wprost od podstaw szpital na 250—300 łóżek w Białej, w którym były jedynie puste pomieszczenia — dzięki darom Szwecji i UNRRA; przebudowano Miejskie Zakłady Sanitarne w Krakowie jako miejskie szpitale, wobec przyznania miastu kilku baraków wojskowych, dzięki czemu stan obecny przedstawia się następująco: 8 pawilonów, 300 łóżek dla gruźliczo chorych, 40 łóżek dla gruźlicy dzieci, 80 łóżek dla chirurgii gruźliczej, 90 łóżek dla zakaźnie chorych; razem: 510 łóżek. W ten sposób Kraków ma 328 łóżek dla zakaźnie chorych (228 łóżek P. Szp. św. Łazarza, 90 Miejskie i 10 inne), czyli 12 łóżek na 10.000 mieszńkaców, w powiatach 795 łóżek.

Odbudowano Oddział Chirurgiczny Państwowego Szpitala św. Łazarza, uskuteczniono nadbudowę budynku Oddziału Pediatrycznego w Krakowie, zremontowano szpitale w Miechowie, Nowym Sączu, Tarnowie, Wadowicach i Żywcu, urządzono 4 pawilony w Państw. Szpitalu dla psychicznie chorych w Kobierzynie, liczącym dzisiaj 265 łóżek, z Oddziałem od 1. X. 1946 r. w Szpitalu OO. Bonifratrów w Zebrzydowicach na 60 łóżek oraz zremontowano wydatnie uszkodzony znacznie Zakład Jagliczy U. J. w Witkowicach.

Wszystkie szpitale zaopatrzono w surówkę — 118.000 metrów na bieliznę dla chorych i bieliznę pościelową, koce oraz dzięki darom UNRRA i Szwecji łóżka, sprzęt, urządzenia, narzędzia lekarskie i leki, wynoszące kilkadziesiąt wagonów. Uregulowano wysokość dziennych opłat szpitalnych, o rozpiętości od 100—150 zł.

Stan obecny

Stan obecny przedstawia się w naszym szpitalnictwie według stanu z dnia 1 grudnia 1946 r. następująco: po zlikwidowaniu w r. 1946 karłowatych szpitali w Zakliczynie, Skawinie, Słomnikach, miejskiego zakaźnego w Tarnowie — mieszczącego się w czasie okupacji w budynku szkolnym — oraz Szpitala P. C. K. w Krakowie przy Kopernika 26, który z chwilą oswobodzenia Krakowa stał się szpitalem wojskowo-cywilnym, gdzie cywilni chorzy mieli 200 łóżek. Na wiosnę 1946 r. szpital wojskowy w zabudowaniach OO. Jezuitów został zlikwidowany z chwilą przeniesienia chorych wojskowych do zremontowanego przedwojennego pięknego o wielu zabudowaniach Szpitala Wojsk. Okr. Nr 5, przy ulicy Wrocławskiej.

Część pomieszczeń zatrzymanych, została przeznaczona dla przewlekle chorych, ofiar powstania warszawskiego po likwidacji szpitala przy ul. Kopernika 7, w zabudowaniach U. J. Resztę przewlekle chorych, kalek z powstania umieszczono w celach klasztoru SS. Dominikanek w Krakowie, Mikołajska 21, zamienionych na Zakład Miejskiej Opieki Społecznej. Obecnie powstały pomieszczenia, gdzie znajduje się 150 łóżek jako rezerwowych, którymi dysponuje Państw. Szpital św. Łazarza. W zabudowaniach tych przy ul. Kopernika 26 są również pomieszczenia dla internatu kursistek, odbywającego się obecnie 6-mies. kursu dla szpitalnych laborantów technicznych.

Na terenie Województwa znajduje się 41 zakładów, tj. 33 szpitale i 8 klinik, a mianowicie:

Państwowe 3 szpitale (zakłady): św. Łazarza (1.465 łóżek), dla psychicznie chorych w Kobierzynie (265), Zakłady Jaglicze U. J. w Witkowicach (300).

Powiatowe 10: (w myśl art. 83 rozp. Prez. Rzplitej z r. 1928 o zakładach leczniczych, wobec rozp. Min. Zdr. z dn. 12. XII. 1945 r. (Dz. U. R. P., Nr 1, z dn. 17. I. 1946 r: o rozciągnięciu mocy obowiązującej rozp. z dn. 22. III. 1928 r.), Związki Samorządowe, Powiatowe i Miejskie przejęły na siebie b. szpitale powszechne, stając się gospodarzami tych szpitali): Biała (300), Bochnia (100), Brzesko (80), Miechów (146), Nowy Sącz (200), Nowy Targ (110), Olkusz (140), Żywiec (150), Tarnów (jeszcze powszechny nieprzejęty oficjalnie) (384), Dąbrowa Tarnowska 50 jako pogotowie chirurgiczno-położnicze.

Miejskie 9: M. Szp. w Krakowie (510), Wadowice (160), Proszowice (40), Rabka (100), Tarnów-Lecznica dla dzieci (50), Zako-

pane (125), Maków Podhal. (50), Tuchów (40), Komorowice (60).

Z. U. S. 2: Kraków Szpital U. S. (557), Chrzanów (250) U. S. i Zw. Sam. Powiat.

Górniczy 1: Jaworzno (100).

Zakonne 2: Szp. O. O. Bonifratrów w Krakowie (200), O. O. Bonifratrów w Zebrzydowicach (60), Oddział Kobierzyna i SS. Miłosierdzia w Krakowie, Lea 65, (w remoncie, więc nieczynny).

Lecznice prywatne 4: Dra Bulandy (40), „Dom Zdrowia" (52) w remoncie, Dra Kosińskiego (24), Lecznica Związkowa (60) — wszystkie w Krakowie.

Szpitale więzienne 2: w Krakowie, ul. Senacka (120 łóżek), ul. Montelupich — Szpital U. B. (150) — 50 już uruchomiono.

Według danych z 1 grudnia 1946 r.: Ogólna liczba łóżek wymienionych 33 szpitali wynosi obecnie 6.438 łóżek. Ogólna liczba łóżek wymienionych 8 klinik wynosi obecnie 1.062 łóżek. Razem: łóżek 7.500.

Różnica o 267 łóżek w porównaniu z r. 1945, kiedy objęto 7767 łóżek, jest spowodowana likwidacją szpitali w Zakliczynie (35 łóżek), Słomnikach (40), Skawinie (30), Tarnowie — Epid. (100) oraz redukcją ilości łóżek b. Szpitala P. C. K. w Krakowie, Kopernika 26, więc różnica uzasadniona koniecznością likwidacji pierwszych trzech karłowatych wzgl. pseudo-szpitali. W zestawieniu specyfikacji szpitali liczba łóżek przedstawia się:

1) W 5 szpit. państwowych liczba łóżek: 2.300 (Łazarza, Kobierzyn, Witkowice i 2 więzienne).

2) W 19 szpit. samorządowych ilość łóżek: 2.795 (tj. powiat 1.660, miejsk. 1.135).

3) W 2 Z. U S. liczba łóżek: 807 (U. S. Kraków i Chrzanów).

4) W 7 prywatnych liczba łóżek 536. — Razem 6.438 łóżek.

Kraków-miasto posiada 3.178 łóżek, tj. 100 na 10.000 mieszkańców.

W zestawieniu specyfikacji oddziałów rozporządzamy w terenie obecnie ilością łóżek w szpitalach i klinikach dla chorych następującą:

Rodzaj łóżek	Szpitale	Kliniki	Razem
wewnętrznych	1112	54	1166
chirurgicznych	1507	231	1738
zakaźnych	918	—	918
położniczych	359	100	459
ginekologicznych	280	90	370
wenerycznych	145	70	215
skórnych	97	30	127
ocznych	165	150	315
dziecięcych	124	42	166
nerwowych	119	80	199
psychiatrycznych	385	65	450
gruźliczych	558	46	604
specjalnych	300 [1])	—	300
urologicznych	50	—	50
laryngologicznych	76 [2])	(45) [2])	76
radowych	26	60	86
traumatologicznych	67	—	67
pracowniczych	—	24	24
zawodowych	—	20	20
rezerwowych	150 [3])	—	150
Razem	6438	1062	7500

[1]) jaglicze.

W trakcie organizacji jest na dużą skalę zakrojony szpital w Krakowie przy ul. Skawińskiej 8, na 240 łóżek z oddziałami: pediatrycznym 90 łóżek, położniczym 60, wenerycznym 60 i kardioreumatycznym 30 łóżek.

W remoncie znajdują się budynki D. O. W., P. K. P., Kuratorium Szkol. i U. J. w Rabce Zdroju dla leczenia dzieci, kierowanym przez Zespół Sanatoriów. Troską Wydziału Zdrowia jest zaopatrzenie potrzebujących szpitali w aparaty Roentgena.

Personel pielęgniarski jest zawsze jeszcze niewystarczający, ale uruchomione szkoły pielęgniarek w Krakowie i w Tarnowie, a planowana w Nowym Sączu, dają rękojmię uzupełnienia kadr pielęgniarkami wykwalifikowanymi.

Cały szereg trudności w początkowych okresach w r. 1945, jako też późniejszych, tj. w r. 1946 został przezwyciężony i usiłowania, plany i zamierzenia Wydziału Zdrowia zostały uwieńczone pomyślnymi skutkami, osiągnięciami, choćby pokrótce wspomnieć: uzyskanie sanitarek do przewożenia chorych w każdym powiecie, należyte zaprowiantowanie szpitali, zrównoważenie budżetów szpitalnych przez subwencje rządowe w różnej postaci, jakoteż przez czujność nad budżetami Związków Samorządowych, zaopatrzenie w materiały na bieliznę i pościel, częściowe zaopatrzenie w aparaty Roentgena i w znaczny zapas leków.

W imię zdrowia każdego obywatela, potrzebującego leczenia szpitalnego, idziemy pełni nadziei uzyskania w przyszłości równie znacznej pomocy ze strony Ministerstwa Zdrowia, któremu w tym miejscu poczuwamy się do obowiązku służbowego i obywatelskiego złożyć gorące dzięki za wielostronną i bezcenną dotychczasową pomoc.

Dzięki pomocy finansowej Ministerstwa Zdrowia, jako też pomocy w darach UNRRA i Szwecji mogliśmy tak w roku minionym, jako też w bieżącym osiągnąć bardzo wiele przez zrealizowanie naszych planów, niejednokrotnie początkowo zdawało się nieosiągalnych wyników, których jesteśmy obecnie świadkami. Plany nasze może były wygórowane, ale podyktowane potrzebą i koniecznością.

W bilansie bez mała dwuletniej naszej wspólnej pracy około zorganizowania sieci szpitalnictwa na terenie Województwa Kra-

[2]) wliczono w Szp. św. Łazarza; [3]) przy ul. Kopernika 26.

kowskiego, które nadwerężone mocno pod każdym względem stanęło dzisiaj w innej szacie i na mocniejszych podstawach, dzięki Ministerstwu Zdrowia oraz dzięki pracy samych dyrektorów, którzy w trosce o swój szpital nie szczędzili trudu i czasu od pierwszej chwili powstania Wydziału Zdrowia, wśród istotnie nader uciążliwych trudności komunikacyjnych, dążyli na Basztową 22, bo wszystko było potrzebne i cenne — dla odnowienia się, dla odzyskania zdrowia, dla zmaltretowanych przez okupanta szpitali, które zrzuciwszy szyldy „für Deutsche" czy „für Nichtdeutsche" odżyły, otwarłszy swe podwoje dla obywatela wyzwolonej Polski.

Dr T. ŚLIWONIK Tarnów

Szpitalnictwo w dobie obecnej na terenie powiatu.

Gdy sięgniemy pamięcią wstecz do owego pamiętnego stycznia 1945 r., to wówczas stan naszego szpitalnictwa — zwłaszcza w tak zwanych „pasach przyfrontowych" — przedstawiał się nieomal tragicznie.

Zniszczone budynki, wywiezione Roentgeny wraz z pracownią, łóżka wraz z materacami, zdewastowane sale operacyjne i porodowe, zabrana bielizna, oto „dorobek" pozostawiony przez okupanta. Objęcie tedy szpitala w tych warunkach, przy skromnym zapasie lekarstw i materiałów opatrunkowych, przy olbrzymich lukach w bieliźnie, przy braku wody, gazu, węgla, światła i przy nieuregulowanej zupełnie aprowizacji szpitala, stwarzało dla całego zespołu szpitalnego trudności — wydawałoby się — nie do pokonania. A równocześnie napływ chorych stawał się coraz większy. Wystarczy przypomnieć, że w owych pierwszych miesiącach 1945 r. przewinęły się przez szpital setki rannych i chorych Wojska Polskiego i Armii Czerwonej, falangi ludzi powracających z niemieckich obozów koncentracyjnych i z przymusowych robót, a później procesje tak zwanych „minowców" oraz „wolnych strzelców". I trzeba przyznać, że mimo wyżej wymienionych trudności każdy pracownik zdał egzamin!

Dziś patrząc z perspektywy dwóch lat na to, z czym zaczęliśmy i co obecnie mamy, bezstronnie stwierdzić trzeba, że poziom zaopatrzenia i odbudowy podniósł się wybitnie. Zniszczone budynki zostały wyremontowane, zdewastowane sale operacyjne i porodowe tak urządzone, że nie przedstawiają one żadnych prawie zastrzeżeń co do stanu ich używalności, braki w łóżkach wyrównane, zaopatrzenie w bieliznę szpitalną sięgają w niektórych rzeczach prawie do trzech zmian na chorego, aprowizowanie dzięki funduszowi aprowizacyjnemu uregulowane, zakup lekarstw i materiałów opatrunkowych wyraźnie uległ poprawie na skutek znowu funduszu na zakup lekarstw.

Myliłby się jednak ktoś, gdyby sądził, że stan szpitalnictwa — mimo tego wielkiego kroku naprzód, mimo niewątpliwego pójścia w górę — jest na takim poziomie, by mógł on zadowolnić.

My musimy wyjść z okresu mgławicowego, z gospodarzenia z dnia na dzień a stworzyć solidną podstawę finansową dla gospodarowania planowego i rzeczowego, innymi słowy ustalić taki budżet szpitalny, aby on nie był fikcją.

Jak wiadomo wszystkim, podstawą egzystencji każdego szpitala jest pobieranie opłat za koszty leczenia i utrzymania chorego. W obecnym stanie rzeczy opłaty te mają uiszczać:

1) U. S., 2) P. K. P., 3) M. O. i P. U. B., 4) samopłatni, 5) N. N. K. za leczenie ubogich chorych zakaźnych i gruźliczych, 6) P. U. R., 7) Kom. Żyd., 8) Gminy wiejskie i miejskie, 9) Caritas, 10) M. Op. Społ.

Od razu zaznacza się wysoka różnorodność urzędów i instytucji mających płacić i w związku z tym utrudnienie pracy kancelaryjnej Ale to mniejsze. Na to jednak, by szpitale mogły sprawnie wypełniać swoje zadanie, by w ogóle mogły istnieć, winny powyższe urzędy i instytucje płacić i to nie tylko płacić, ale p ł a c i ć w t e r m i n i e. Kwestię prawną tej sprawy określają dokładnie art. 32; 33; 34; 35 i 36 rozporządzenia Prez. R. P. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. W. 38 poz. 382 z dnia 22 marca 1928 r.).

Okólnik Ministerstwa Zdrowia Nr 28/45 z dnia 24. X. 1945 między innymi mówi: „...Zapewnienie chorym należytej opieki w szpitalach i pokrywanie bieżących wydatków na utrzymanie szpitali winno opierać się przedewszystkim na funduszach uzyskiwanych z tytułu leczenia chorych czyli z tak zwanych opłat dziennych". Tymczasem, jak sprawa przedstawia się w rzeczywistości? Otóż według danych z zamknięcia za rok 1945/46 ilość dni leczenia w szpitalu wynosiła 93.845, leczonych 4.596. Wpływy zatem za dni leczenia przy małych wówczas jeszcze stawkach dziennych, bo 30, a później 50 zł powinny dać kwotę 3.181.611 zł. Zamiast owych 3.181.611 zł do kasy szpitalnej wpłynęło tylko 1.976.747,50 zł, zatem zaległości z tytułu kosztów leczenia wyniosły 1.213.873,50 zł, co stanowi 38%.

Z ogólnej sumy zaległości n a j w i ę k s z e z a d ł u ż e n i e, bo około 737.039 zł. wykazują g m i n y w i e j s k i e, reszta to W. P., które wręcz odmówiło zapłacenia rachunków za chorych leczonych w 1945 r. z powodu wyczerpania kredytów, dalej to tak zwani „wysiedleni ze wschodu", co do których ani gminy miejskie ani wiejskie żadnych zobowiązań wystawić nie chciały, a których stan zdrowotny wymagał leczenia szpitalnego, następ-

pnie to repatrianci z drogi bez żadnych skierowań, wojskowi polscy i radzieccy z transportu bez skierowań, P. K. O. S. za B. R. G. O., P. C. K. i wiele innych.

Odnośnie do gmin jeszcze, to te w dalszym ciągu zalegają z opłatami, a już szczytem wszystkiego był mylnie interpretowany okólnik z dnia 21. I. i 7. V. 46 r. (Urz. Woj. Krak. L. Z. 1—4j/20/46), według którego gminy pouczały zarządy szpitalne, że rachunki za leczenie chorych ubogich należy przesyłać nie do nich, ale do Ministerstwa Adm. Publicznej. Wprawdzie okólnik Woj. Wydziału Samorządowego rozesłany do wydziałów powiatowych tę sprawę wyjaśnił, ale na pierwsze jaskółki należytego ujęcia i przekonania gmin, trzeba będzie jeszcze — zdaje się — dość długo poczekać.

Mówiąc o dotychczas zamierzonych i rzeczywistych dochodach szpitalnych za rok 1945/46, warto by przyjrzeć się i wydatkom za ten rok, których ogólna suma przedstawiła się w kwocie 3.491.354,72 zł. Z tej sumy na pierwsze miejsce wybija się kwota 1.338.272,29 zł, która procentowo do ogólnej sumy wydatków stanowi 38.33%, a jest to kwota wydatkowana na światło, gaz, wodę i węgiel z koksem. Jeżeli dodam, że w tej samej skali wydatków, koszty utrzymania i leczenia chorych wyniosły 31.47%, a pensje dla całego personelu szpitalnego (lekarze, urzędnicy administracyjni, pielęgniarki, służba salowa) ogółem 13.18%, to jeszcze jaskrawiej uwypukla się ten niewspółmierny stosunek wydatków.

Że tak jest, należy to w pierwszym rzędzie odnieść do szybkiego wzrostu opłat za zużycie gazu, wody i światła oraz węgla, po drugie szpital jako konsument nie ma żadnych ulg taryfowych, podczas gdy pracownicy miejscy lub O. Z. E. T. posiadają je w bardzo wysokim stopniu.

Przechodząc teraz do najważniejszego zagadnienia, a mianowicie rzeczywistego dziennego kosztu utrzymania chorego, dane za ubiegły rok stają się nieaktualne, toteż za podstawę wyjściową wziąłem wydatki za miesiąc listopad, jako najbardziej odpowiadające faktycznemu dzisiejszemu stanowi rzeczy. Do wydatków, łożonych na utrzymanie szpitala i świadczenia dla chorych, które mogą być policzone do oznaczenia opłaty dziennej, brałem pod uwagę tylko te, jakie dokładnie określa paragraf 16 do art. 27 z rozporządzenia Min. Spraw Wewnętrznych z dnia 14. II. 1931 r. (Dz. U. R. P. Nr 29, poz. 195).

Otóż wydatki te równają się kwocie: 989.883 zł. Biorąc pod uwagę, że w miesiącu tym mieliśmy 7.432 dni leczenia, dzieląc wydatki przez dni leczenia otrzymamy, że koszt dziennego utrzymania chorego wynosi około 133 zł przy poborach służby salowej od 800 do 1200 zł plus świadczenia rzeczowe, jak mieszkanie, wyżywienie, opał, światło i pranie oraz przy poborach lekarzy i personelu administracyjnego od VI—XII grupy uposażeń urzędników państwowych.

Gdybyśmy chcieli podnieść wynagrodzenie służby salowej i siostrom do 1.300 zł na miesiąc grudzień 1946 r., co staje się koniecznym ze względu na to, że z wiosną należy liczyć się — przy stawkach uposażenia dotychczasowych — z porzuceniem przez nią pracy, to koszt dziennego utrzymania chorego, za podstawę biorąc w dalszym ciągu wydatki za miesiąc listopad — wyniósłby około 150 zł, natomiast przy podwyższeniu do 2.000 zł, jak to jest w szpitalach państwowych koszt ten wzrósłby do 160 zł. Ponieważ stawka dzienna pobierana obecnie wynosi 100 zł, zatem rzeczywisty koszt dziennego leczenia i utrzymania chorego przewyższa ją w pierwszym przypadku o 33 zł, przy projektowanych podwyżkach o 50 do 60 zł.

Słusznie spotkaćby się winno z zarzutem, że na podstawie danych tylko z jednego miesiąca nie można wysnuwać wniosków ogólnych. Jeżeli jednak przyjmiemy, że miesiąc ten był optymalny, to znaczy wyżywienie chorych przedstawiało się dość urozmaicenie, pokrycie w lekarstwach i materiałach opatrunkowych było względnie zadawalające, to uważam, że stan ten dla dobra chorych należało by utrzymać, wydatkując w dalszym ciągu tak samo.

Z powyżej wymienionych powodów zrozumiałym staje się, jak trudną jest sytuacja gospodarcza szpitala. Najprostszym sposobem wyjścia z tego impasu gospodarczego byłoby podwyższenie taksy dziennej do 133 zł, względnie 150 lub 160 zł. Gdy jednak przypomnimy sobie, że zaległości z tytułu kosztów utrzymania i leczenia za ubiegły rok przy stawkach mniejszych, bo 50 zł, wynosiły 38%, to należy przypuszczać, że przy podwyższeniu opłat prawie w trójnasób zwiększą się one jeszcze więcej, a więc rozwiązanie tego impasu znowu będzie tylko częściowe, z drugiej strony należy się liczyć i to mocno ze zdolnością płatniczą chorego, by nie uczynić iluzorycznym korzystanie ze szpitala dla szerszych rzesz ludności.

Pewną ulgą w zmniejszeniu opłat dziennych dla szerszych mas ludności mogłoby być wprowadzenie klasy II i I dla tych chorych, którzy sami upominają się o nie, a którzy przy tym samym utrzymaniu, opiece lekarskiej i pielęgniarskiej ponosiliby większe niż rzeczywiste opłaty dzienne oraz od których można by pobierać częściowy choć-

by zwrot za wykonanie badań pomocniczych i zużycie materiałów.

Najważniejszą rzeczą jest zagadnienie upaństwowienia służby zdrowia w naszym kraju (państwowe szpitalnictwo, bezpłatne lekarstwa, bezpłatna służba zdrowia). Cytuję przemówienie Ministra Zdrowia Dra Litwina wygłoszone na zebraniu Koła Medyków i podane przez Dziennik Polski z dnia 3. XI. 1946 r. — ...“ Wynik obliczeń kosztów, jakie ponosić musiałoby państwo po przeprowadzeniu organizacji służby zdrowia w tym kierunku wykazał jednak, że bezpłatna służba zdrowia pochłonęłaby sumy dochodzące do 60% całego budżetu pństwowego“, po drugie „ponieważ koncepcja ubezpieczenia wszystkich obywateli okazała się w praktyce nie do wykonania“, prawdopodobnie na skutek struktury gospodarczej kraju (rolnictwo), najważniejszą tedy rzeczą — powtarzam — byłoby wydatne subsydiowanie szpitala przez zainteresowane wydziały powiatowe i zarządy miejskie. Subsydiowanie to dotychczas przedstawiało się następująco: z kwoty 300.000 zł wstawionych do budżetu wydziału powiatowego za ubiegły rok szpital nie otrzymał ani grosza z braku — jak oświadczono — w ogóle pieniędzy, z sumy zaś 300.000 zł uchwalonej za ten rok tylko 150.000 zł; zarząd miejski na rzecz szpitala nie wpłacił nic, wprost przeciwnie początkowo bardzo rygorystycznie ściągał należności za światło, wodę i gaz. Praktycznie rzecz biorąc, ze strony samorządu za okres dwuletni otrzymał szpital zaledwie 150.000 zł.

Wynika z tego jasno, że ciężar prowadzenia szpitala spada na państwo, bez którego pomocy szpitalnictwo w ogóle nie mogłoby istnieć oraz na pracownika szpitalnego, którego pobory daleko odbiegają od przeciętnej normy życiowej.

W końcu trzeba poruszyć sprawę, kto ma być właścicielem szpitala, czyli jaki samorząd ma go przejąć? W obecnym stanie wydział powiatowy wręcz odmówił, zarząd miejski po długich wahaniach zgodę swą wyraził. Wydaje się jednak, że zarówno miasto, jak i powiat nie stworzą dla szpitala mocnej podstawy finansowej (porównaj subsydiowanie), że najracjonalniejszym byłoby stworzenie związku międzykomunalnego tym więcej, że chorzy ciążący do szpitala pochodzą nie tylko z miasta i powiatu tarnowskiego, lecz również z powiatu dąbrowskiego i zza Wisły oraz z powiatu dębickiego. Gdyby ta koncepcja ze względu na trudności porozumiewawcze między związkami nie mogłaby ulec sfinalizowaniu, kto wie, czy przejęcie szpitala przez Wojewódzki Wydział Samorządowy nie byłby jedynym realnym wyjściem.

Streszczając to wszystko, co powyżej wymieniono, należy wysnuć następujące wnioski:

1) Wszyscy korzystający z usług szpitalnych powinni płacić i to nie tylko płacić, ale płacić w terminie. W przypadku nieterminowego płacenia każdemu, który po otrzymaniu rachunku w przeciągu dwóch tygodni nie uiści go, doliczać odsetki za zwłokę. Metoda ta aczkolwiek ostra ma te dodatnie strony, że pobudziłaby niektóre urzędy (gminy) do szybkiego regulowania lub starania się na innej drodze do pokrycia należności.

2) Wydziały powiatowe i zarządy miejskie powinny wydatniej subsydiować szpital.

3) Utrzymać pomoc państwową w tych ramach, jaka ona jest, to znaczy fundusz aprowizacyjny, fundusz na zakup lekarstw, fundusz na rozbudowę szpitalnictwa i zakupienie brakujących urządzeń szpitalnych.

4) Właścicielem szpitala ustanowić związek międzykomunalny względnie Wojewódzki Wydział Samorządowy.

5) Podwyższyć opłatę dzienną przynajmniej do 130 zł.

6) Do odpowiednich czynników zwrócić się o otrzymanie ulg taryfowych za światło, gaz i wodę.

7) Wprowadzić klasę II i I celem rozłożenia ciężarów na warstwy zamożniejsze.

Dyskusja nad referatem „Szpitalnictwo w dobie obecnej na terenie powiatu“.

Dr Łapiński
Dyrektor Szpitala w Olkuszu.

Należy ujednostajnić taksę szpitalną we wszystkich szpitalach na terenie województwa. Powinna ona wynosić 150 zł dziennie. Należy szpitale regularnie zaopatrywać w leki, w wyposażenia pracowni i gabinetu.

Wicewojewoda Rubiński.

Taksy szpitalnej nie można ujednolicić, jest ona dostosowana do miejscowych warunków ekonomicznych. Każdy wniosek Powiatowej Rady Narodowej w kierunku podwyższenia taksy szpitalnej, która by nie przekraczała dopuszczalnej wysokości, był zawsze brany pod uwagę.

Dr Bełtowski
Dyrektor Szpitala w Żywcu.

Należy dążyć do tego, by szpital posiadał własne gospodarstwo rolne, które by go zaopatrywało w jarzynę, nabiał i ziemniaki.

Dr Głuski
Dyrektor Szpitala w Chrzanowie.

Koniecznym jest podwyższenie taksy szpitalnej do 150 zł dla chorych ubezpieczo-

nych i za których płaci gmina, względnie Skarb Państwa a do 200 zł. dla chorych samopłacących. Porównując dzienne koszty wyżywienia chorego w ostatnich 2 miesiącach stwierdzić należy, że koszty utrzymania chorego wzrosły w miesiącu grudniu do 127 zł w porównaniu z miesiącem listopadem. gdy wynosiły 90 zł.

Dr Kuchta — lekarz powiat. Chrzanów.

Podwyższenie taksy szpitalnej w obecnym okresie wobec ogólnej pauperyzacji kraju jest niemożliwe. Koncepcja Dra Głuskiego, by samopłacący płacili wyższą taksę od instytucji jest dla tzw. samopłacących niesprawiedliwa, gdyż chodzi przeważnie o małorolnych względnie drobnych sklepikarzy, których warunki materialne są naogół ciężkie.

Dr Śliwonik
Dyrektor Szpitala Tarnów.

Podniesienie taksy szpitalnej jest konieczne między innymi ze względu na niedostateczne przydziały leków i na ich wysoką cenę w handlu.

Dr Bielski
Dyrektor Szpitala Dąbrowa Tarnowska

Wydział Powiatowy w Dąbrowie popiera szpital i pokrywa jego niedobór, samorządy gminne na ogół nie zalegają w opłatach za swych chorych. Dr Bielski zapytuje, czy istnieje taka władza, która by mogła zmusić Wydz. Powiatowy do przystąpienia do Związku Komunalnego i czy można narzucić Powiatowej Radzie Narodowej obowiązek subwencjonowania szpitala innego powiatu.

Dr Wittek — Inspektor Starostw.

Poruszone w dotychczasowych przemówieniach zagadnienie szpitalnictwa posiada aspekt nie tylko fachowo-lekarski, lecz przede wszystkim gospodarczy, to też słusznie przy omawianiu tego problemu zwracano z naciskiem uwagę na sprawy natury gospodarczej. Niestety ograniczono się przeważnie do kwestii utrzymania równowagi finansowej szpitali, przejętych przez samorządy i do dążenia do utrzymania tzw. samowystarczalności szpitala, kładąc nacisk na podwyżkę taks szpitalnych jako główne źródło dochodu. Moim zdaniem sprawa wymaga rozważenia niektórych momentów natury ogólnej, w szczególności zdania sobie sprawy, że chwila przejmowania szpitali powszechnych przez samorządy następuje w okresie gospodarczo najtrudniejszym, tj. w okresie poniekąd przewrotu w zakresie nowo wprowadzonych podatków komunalnych. Jaka będzie zdolność finansowa samorządów, które przejmują na siebie nowe obowiązki w dziedzinie szpitalnictwa bez zdawania sobie przeważnie sprawy z nowych ciężarów lub częściowo na skutek nacisku idącego z góry, w tej chwili ocenić trudno. To też zarządzenie przejęcia szpitali powszechnych przez samorządy było moim zdaniem nieco przedwczesne.

Skoro jednak to już nastąpiło, rzeczą celową będzie rozważyć, czy i w jakim kierunku samorządy będą w stanie podołać pod względem finansowym nowym ciężarom. Nie mając pewności, by związki samorządowe zdobyły w całości potrzebne środki budżetowe z własnych źródeł podatkowych jesteśmy skazani na oczekiwanie pomocy ze Skarbu Państwa, tym więcej, że sprawa tak szpitalnych jest sprawą stale kulejącą i trudną w praktyce do rozwiązania. Wedle obowiązujących przepisów koszty leczenia ubogich mają pokrywać gminy z własnego budżetu a budżet ten opiera się na kruchych i niepewnych podstawach finansowych wywołanych nowym ustawodawstwem podatkowym faktycznie niewypróbowanym. Jesteśmy więc w błędnym kole.

Należało by rozważyć pomysł stworzenia nowych podstaw finansowych dla szpitalnictwa w oparciu o wojewódzki związek międzykomunalny, którego środki finansowe stworzyłyby źródło pokrycia potrzeb szpitalnictwa na terenie danego województwa i umożliwiły odciążenie budżetu państwowego od wydatków w tym kierunku. Byłby to aparat równocześnie kontrolny w zakresie gospodarki finansowej szpitali, do czego fachowy Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego nie powinien być użyty. Liczyć się należy przy tym z nadejściem ciężkiego okresu wywołanego wstrzymaniem przydziałów UNRRA dla szpitali. Trzeba będzie opędzać nie tylko wydatki bieżące, ale czynić kosztowne inwestycje i uzupełniać finansowe potrzeby rosnące z dnia na dzień.

Samo podwyższenie taks szpitalnych wiele nie da, chodzi bowiem o udostępnienie szpitali dla szerokich, przeważnie licho płatnych warstw pracujących a nie traktowania szpitali jako miejsca pobytu i leczenia się osób gospodarczo dobrze sytuowanych, zresztą nielicznych. W tym kierunku sprawa nabiera aspektu wybitnie społecznego, który powinien być przedmiotem analizy ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz Administracji Publicznej i możliwie szybkich zarządzeń władz centralnych.

Dr Wójcikiewicz — Inspektor lekarski.

Dla uniknięcia w przyszłości popełnianych dotychczas przez niektórych dyrektorów szpitali błędów muszę zaznaczyć, że budżety szpitalne muszą być opracowywane w dziale dochodów opłat dziennych szpitalnych realnie w stosunku do przypuszczalne-

go obłożenia, a nie 100%-go z pełną taksą, co dawało w obliczeniach ścisłych jaskrawy niedobór.

Lekarze powiatowi muszą opracowywać preliminarz budżetowy Dz. VIII. w budżecie związku samorządowego, który winien być przedłożony Wydziałowi Samorządowemu wcześnie, a nie w grudniu, jeśli 31. grudnia jest dniem zakończenia roku budżetowego.

Odnośnie likwidowania rachunków, należności za leczenie szpitalne ubogich chorych należy przestrzegać przepisów okólnika przewidującego obowiązek zwrotu kosztów leczenia przez gminy, a w razie stwierdzone niewypłacalności przez Powiatowe Związki Samorządowe przedkładają one rachunki Wojewódzkiemu Wydziałowi Zdrowia, który przez Wydział Samorządowy przedkłada je do pokrycia Ministerstwu Administracji Publicznej.

Sprawa uzasadnionego podwyższenia opłat dziennych szpitalnych zawnioskowanego przez dyrekcję szpitali i popartego koniecznie przez P. R. N. jest zawsze z wielką wyrozumiałością traktowana przez Wydział Wojewódzki. Wnioski o podwyższenie opłat winny być przedkładane w myśl okólnika Wydziału Zdrowia z dnia 6. maja 1946. Wobec zbliżającego się nowego roku budżetowego proszę uwzględnić w przyszłości wszystkie wymienione uwagi.

Lekarze powiatowi powinni czuwać nad zapewnieniem w preliminarzach budżetowych P. Z. S. pozycji odnośnie naczelnego lekarza samorządowego, lekarzy okręgowych, ośrodków zdrowia i pozycji rezerwowej w wysokości 10% ogólnego budżetu szpitalnego na pokrycie ewent. niedoboru budżetu szpitalnego.

Dr P. Szarejko

Ministerstwo Zdrowia prowadziło politykę w zakresie szpitalnictwa dyktowaną nakazem chwili bieżącej, co wyraźnie uwypukliło się w pierwszych miesiącach odzyskania niepodległości. Likwidowaliśmy bolączki materiałowe, trudności personalne, braki pieniężne.

Obecnie jednak nasza praca winna nabrać innego charakteru i z dorywczych zarządzeń musimy przejść na planową i wszechstronną gospodarkę pojętą w zakresie jak najszerszym. Obok tego powinniśmy dbać o podniesienie poziomu leczniczego szpitali oraz wypracowania norm organizacji wewnętrznej. Przede wszystkim likwidujemy szpitale małe, 50—60-łóżkowe, które są całkowicie niewystarczalne gospodarczo. a poziom leczniczy tych szpitali, ze względów zasadniczych, musi być niski i pozostawiał wiele do życzenia.

Drugim etapem naszej pracy było zaopatrzenie szpitali w sprzęt UNRR-owski. Staraliśmy się ponadto o doskolenie lekarzy przez utworzenie Akademii Lekarskiej w Gdańsku, w niedługim czasie Ministerstwo Zdrowia uruchomi nowy instytut dla doszkalania lekarzy. Ważnym zagadnieniem jest współpraca szpitala powiatowego ze szpitalem wojewódzkim.

Ze względu na obecne zespolenie szpitali z samorządami koniecznym jest nawiązanie ściślejszego kontaktu przez dyrektorów szpitali z wydziałami powiatowymi. Ministerstwo Zdrowia wydało w ubiegłym roku okólnik, w którym zaznaczono, że szpitale winny dążyć do samowystarczalności, jednak widzieliśmy, że jest to trudne do osiągnięcia. Niedobory szpitalne były w 10—15% pokrywane przez wydziały komunalne.

Istotnym zagadnieniem gospodarczym szpitalnictwa jest taksa szpitalna. Na zjeździe tym podkreślano niezrozumienie samorządu i niewyrażanie realnej współpracy, należy stwierdzić dużą winę dyrektorów szpitali w tym zagadnieniu. Nie można ustalić jednolitej taksy w wysokości 150 zł dziennie dla całego województwa. Inaczej jest prowadzona gospodarka w szpitalach różnych powiatów, inne są zadania szpitali miejskich, inne prowincjonalnych. Taksę szpitalną należy obliczyć i ustalić zgodnie z ustawą z 1928 r. i rozporządzeniem z 1931 r. obliczając koszty własne szpitala odpowiednio do świadczeń udzielanych choremu. Na ogół dyrektorzy szpitala niedokładnie obliczają koszty utrzymania chorego, co wiąże się z prawidłowym budżetowaniem. Należy następnie zwrócić uwagę na to, by samorządy w swoich budżetach ustanowiły odpowiednie dotacje na szpitale.

Należy zaznaczyć, że w najbliższym czasie ma być zniesiony fundusz aprowizacyjny, co niewątpliwie utrudni budżetowanie szpitali. Ministerstwo Aprowizacji ma oddać ten fundusz Ministerstwu Skarbu, które obiecuje udzielać subwencji w wysokości dotychczasowego funduszu aprowizacyjnego. Bardzo istotnym problemem jest pokrywanie kosztów leczenia za chorych ubogich. W pierwszym kwartale 1947 r. ustawa ta wejdzie na porządek dzienny obrad sejmowych. Najpoważniejszym wydatkiem ze strony gminy i samorządu jest pokrywanie kosztów leczenia za chorych zakaźnych i psychicznych. Odnośnie chorych zakaźnych problem ten został w 1946 r. rozwiązany przez pokrywanie kosztów leczenia za tych chorych ze strony Skarbu Państwa. Odnośnie chorych psychicznie koszty leczenia pokrywa w 20% gmina, w 30% powiat a w 50% województwo względnie Państwo.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na niedostateczne opracowywanie przez szpitale danych statystycznych. Brak w centrali tych danych utrudnia pracę w Centralnym Urzę-

dzie Planowania i pociąga za sobą szkodę dla szpitali.

W końcu chcę podkreślić i przypomnieć, że społeczeństwo znów zainteresowało się szpitalnictwem i w związku z tym sekcja szpitalnictwa zaproponowała utworzenie Towarzystwa Przyjaciół Szpitali.

Dr Grynberg

Pozwolę sobie wykorzystać czas, jaki w tej chwili stoi mi do dyspozycji. Nie chcę, aby Koledzy sądzili, że tematy poruszone przez Was, a będące przedmiotem dyskusji pójdą w zapomnienie. Dwa dni siedzę tutaj i skrupulatnie wszystko notuję. Szereg zagadnień jest już, względnie będzie przedmiotem obrad w centrali. Nie sądźcie, abyśmy w Ministerstwie mieli już gotowe recepty na wszystkie zagadnienia przez Was poruszane.

Lekarze często skarżą się na obciążanie ich przygotowaniem materiałów sprawozdawczo-statystycznych. Wszyscy z nas zdają sobie sprawę z wielkich możliwości, jakie daje nam gospodarka planowa. Musimy sobie również zdać sprawę z tego, że bez odpowiedniej statystyki nie jest możliwe opracowanie jakiegokolwiek planu. Jedną z najbliższych prac w centrali Ministerstwa winno być opracowanie norm właściwych służby zdrowia w Polsce. W swoim czasie ukazał się okólnik podający do wiadomości lekarzy administracyjnych normy międzynarodowe szpitalnictwa. Podane jest tam, że stosunek personelu do łóżek winien być 1:1 w szpitalach.

Jak ta sprawa przedstawia się u nas w rzeczywistości?

Na 84 tys. łóżek szpitalnych jest 43 tys. personelu, czyli na osobę personelu przypadają 2 łóżka. Jasne jest, że musimy się starać o podciągnięcie wzwyż, tj. do poziomu międzynarodowego, ale w chwili obecnej sprawa ta jest jeszcze niemożliwa. Łączy się to ściśle z zagadnieniem utrzymania gospodarki w instytucjach służby zdrowia na pewnym poziomie ekonomicznym. Nie wolno nam pracować poniżej poziomu ekonomicznego. Przykładem gospodarki poniżej poziomu ekonomicznego będzie np. wypłacanie rent sierocych w wysokości 15 zł miesięcznie w naszych obecnych warunkach gospodarczych. Cała suma wypłacana sierotom w tej wysokości jest właściwie marnotrawieniem pieniędzy, bo ani jedna z sierót nie będzie odnosiła jakichkolwiek korzyści z tej renty. Jest to przykład gospodarki poniżej poziomu ekonomicznego (przykład teoretyczny). Przykład ze służby zdrowia już prawdziwy, wzięty z życia. Szpital liczący 150 łóżek, personelu ma 70 osób, czyli odpowiada normom przeciętnym w kraju, ale aktualny stan obłożenia wynosi 43 osoby, a więc faktycznie mamy 2 razy więcej personelu aniżeli przewidują normy międzynarodowe. Taki szpital napewno nie prowadzi gospodarki na odpowiednim poziomie ekonomicznym.

Jedną z największych cieśnin w gospodarce służby zdrowia jest sprawa leków. Uważam, że Koledzy powinni się zapoznać z tym zagadnieniem. Już poprzednio zaznaczyłem, że pokrycie naszego zapotrzebowania na leki przez przemysł krajowy wynosi zaledwie kilkanaście procent. Skąd pochodzi ten ciężki stan? Przed wojną właściwie przemysł farmaceutyczny w Polsce nie istniał, był on poza granicami naszego kraju — w Niemczech. Jeżeli mówimy o tym, że przed wojną przemysł krajowy pokrywał 35% zapotrzebowania, to był to raczej przemysł konfekcyjny, który przerabiał półfabrykaty, przychodzące z zagranicy. Ale i ten łatwiejszy przemysł w 90% znajdował się na terenie Warszawy. Warszawa legła w gruzach a wraz z nią i przemysł farmaceutyczny. Przed wojną nie prowadziliśmy w ogóle należytej polityki farmaceutycznej. Z rodzimych surowców moglibyśmy zaopatrzyć w leki kraj, pokrywając w 90% zapotrzebowania, ale na osiągnięcie tego potrzeba szeregu lat.

Czym Koledzy mogliby pomóc pod tym względem?

Przede wszystkim propagowaniem stosowania oszczędnego lekospisu. Lekarze pracujący w szpitalach są przeciwnikami polipragmazji, należy tylko tę sprawę rozpowszechniać.

Druga rzecz, to jest normalizacja produkcji. Wreszcie trzecia, tj. zwiększenie uprawy ziół leczniczych. Lekarze powiatowi mogą uświadamiać pod tym względem Rady Narodowe i społeczeństwo wiejskie (np. zbieranie ziół dzikiego stanu). Na import z zagranicy w ramach darów UNRRA niebardzo możemy liczyć, gdyż sprawa ta idzie nader opornie. Import leków z zagranicy w przeważnej części będzie musiał odbywać się nie tylko w drodze wymiany handlowej, ale przez oddanie nam do dyspozycji dewiz.

Rząd nasz z wielkim zrozumieniem odnosi się do sprawy służby zdrowia. Zostało uznane prawo priorytetu służby zdrowia, szczególnie na odcinku naszej największej cieśniny, tj. sprawy leków.

Musimy sobie zdać sprawę z tego, że świadczenia usług zdrowia zależą od postępu produkcji dóbr materialnych. Z drugiej jednak strony produkcja dóbr materialnych, przemysł ciężki czy konsumpcyjny zależy przede wszystkim od stanu siły żywej — od personelu, od stanu zdrowia robotnika. Priorytet służby zdrowia, to zagadnienie człowieka, jako czynnika decydującego w całej naszej gospodarce narodowej.

Dr Wójcikiewicz — inspektor lekarski.

Kończąc Zjazd, musimy wysnuć pewne wnioski na podstawie usłyszanych sprawozdań. W przyszłości należy dla orientacji podawać w sprawozdaniach miano coli w związku z podawanymi wynikami badania prób wody.

Konieczną jest koordynacja pracy w terenie z różnymi organizaciami społecznymi w zakresie zwalczania chorób wenerycznych, gruźlicy, chorób zakaźnych oraz w dziedzinie opieki nad matką i dzieckiem.

W sprawozdaniach nikt nie podniósł nader ważnego problemu chorób zawodowych. Lekarze powiatowi winni spowodować zgłaszanie i rejestrację chorób pracowniczych ze strony lekarza. W Klinice Chorób Wewnętrznych zorganizowano ośrodek chorób pracowniczych.

Jednolite formularze dla szpitali będą wydane przez Ministerstwo Zdrowia, jakoteż regulaminy opracowane przez specjalnie do tego celu powołaną komisję wojewódzką.

Należy wprowadzić w szpitalach regulaminy porządkowe wewnętrzne.

Należy unikać zapisywania chorym ubezpieczonym leczonym w szpitalach recept na leki do aptek.

Nie należy nadsyłać pism do decyzji Wydziału Zdrowia w sprawach należących do kompetencji władz pierwszej instancji.

Należy przestrzegać terminów w zakreślonym przez Urząd Wojewódzki terminie, odnośnie wydanych zarządzeń, wobec terminów zakreślanych nam przez Ministerstwo Zdrowia. Kancelarie szpitalne winny dokładnie zaznajomić się z treścią wszelkich zarządzeń i okólników i wobec zbliżającego się terminu przedkładania sprawozdań rocznych winny nadesłać punktualnie dokładnie wypełnione blankiety.

Lekarze powiatowi winni poprzeć kurs przodowników(-czek) zdrowia, urządzane na terenie powiatów i pomóc w zespole prelegentów.

Wicewojewoda Rubiński

Zamykając Zjazd, dziękuję dr. Grynbergowi i dr. Szarejce za żywy udział w obradach Zjazdu i za cenne uwagi tu wygłoszone. Dziękuję również Lekarzom Powiatowym, Dyrektorom Szpitali, Nacz. Lekarzom U. S. oraz sekretarzom Wydziałów Powiatowych za przybycie i proszę o poświęcenie uwagi sprawom, które tu były rozpatrywane. Mamy nadzieję, że przyszły zjazd poszczyci się jeszcze lepszymi wynikami.

Rezolucje Zjazdu

1. Zjazd Lekarzy Powiatowych, Dyrektorów Szpitali i Lekarzy Naczelnych Ubezpieczalni Społecznych Wojew. Krakowskiego, który odbył się dnia 19 i 20. XII. 1946 r. sądzi, że nadmierna liczba zachorowań na błonicę, wysoka z niej śmiertelność i dodatnie wyniki szczepień przeciwbłoniczych skłonią Ministerstwo Zdrowia do uzyskania odpowiedniej ilości szczepionki przeciwbłoniczej i do zarządzenia masowego uodparniania dzieci w wieku przedszkolnym przeciwko błonicy. Masowe uodparnianie przeciw błonicy winno być poprzedzone propagandą szczepień w prasie, przez radio i w pogadankach dla matek, zorganizowanych przez lekarzy miejskich i powiatowych.
2. Zjazd Lekarzy zaniepokojony objawami szerzącego się w Państwie pijaństwa zwraca uwagę na ten problem czynników miarodajnych oraz wzywa społeczeństwo, w szczególności organizacje społeczne, polityczne, Izby Lekarskie do zajęcia energicznego stanowiska w walce z pijaństwem celem ratowania zdrowia i godności człowieka.
3. Kwoty przeznaczone przez wydziały powiatowe na sprawy zdrowia winny być preliminowane w budżetach w wysokości co najmniej 15% ogólnego budżetu.
4. Budżety działu zdrowia winny być układane przez Wydz. Powiatowe przy współudziale lekarza powiatowego, jako naczelnego lekarza samorządu.
5. Urząd Wojewódzki nie powinien zatwierdzić budżetów nie odpowiadających powyższym wymogom.
6. Wydziały Powiatowe, które dotychczas nie przejęły ośrodków zdrowia i szpitali powiatowych winny to bezzwłocznie uczynić.
7. Ośrodki zdrowia nie mogą być administrowane przez samorządy gminne, lecz muszą być zawsze na etacie związku samorządowego.
8. Celem zatrzymania w terenie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego i zapewnienia mu minimum egzystencji, wydziały powiatowe winny zawrzeć indywidualną umowę z personelem ośrodków zdrowia z tym, że uposażenie jego nie może być niższe od uposażenia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego Ubezpieczalni Społecznej.
9. Zjazd zwraca się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o opracowanie jednolitych norm uposażeń personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego na terenie całej Polski, aby dzięki rozpiętości poborów w różnych instytucjach personel nie przenosił się z jednej instytucji do drugiej.
10. Wobec tego, że etaty lekarzy okręgowych w większości powiatów są nieobsadzone oraz wobec zarządzonych z dniem 1 stycznia 1947 r. redukcji kolumn dezynfekcyjnych zachodzi obawa obniżenia

się stanu sanitarnego ludności wiejskiej oraz obawa wybuchu epidemii — Zjazd domaga się niezwłocznego obsadzenia stanowisk lekarzy okręgowych przez wydziały powiatowe oraz pozostawienia kolumn dezynfekcyjnych w dotychczasowym składzie.

11. Wydziały powiatowe i zarządy miejskie winny przewidywać w budżetach swoich co najmniej 10% ogólnego budżetu szpitalnego na pokrycie niedoboru szpitalnego.
12. W ciężkim dla samorządu czasie przejściowym Zjazd apeluje do Ministerstwa Zdrowia o utrzymanie pomocy państwowej w dotychczasowych ramach, tj. o utrzymanie funduszu aprowizacyjnego, funduszu na zakup leków, funduszu na rozbudowę szpitali i funduszu na zakupienie urządzeń szpitalnych.
13. Zjazd proponuje zwrócić się do miarodajnych czynników o zastosowanie dla szpitali i ośrodków zdrowia maksymalnych ulg taryfowych na światło, gaz, wodę i opał.
14. Wydziały powiatowe dopilnują, by w budżetach były wstawiane pozycje na leczenie ubogich chorych, biorąc jako podstawę obliczenie ilości dni leczenia ubogich chorych w roku ubiegłym.
15. Ponieważ leczenie jednego umysłowo chorego w zakładzie zamkniętym może skonsumować całkowitą pozycję budżetową gminy przeznaczoną na leczenie ubogich chorych, przeto Zjazd domaga się, by koszty leczenia umysłowo chorych przejął na siebie Skarb Państwa.
16. Zjazd domaga się, by czynniki centralne w drodze ustawowej unormowały sprawę opłacania kosztów leczenia szpitalnego osób niezamożnych na terenie województw byłej Małopolski.
17. Zjazd apeluje do czynników centralnych, by dla poprawienia katastrofalnego pod względem higienicznym stanu sanitarnego szkół szczególnie wiejskich, przeznaczyły odpowiednie sumy w r. 1947 na remonty szkół, budowę ustępów, urządzenie szatni, łaźni, zakupno ławek i spluwaczek.
18. Zjazd domaga się zapewnienia dostatecznej liczby spluwaczek dla szpitali.
19. Zjazd domaga się zwiększenia liczby łóżek szpitalnych dla siewców gruźlicy.

Dr Z. CAPIŃSKI Kraków

O społeczne podejście do problemu zwalczania chorób wenerycznych

Wśród wielu problemów, które w nowych, powojennych warunkach muszą w Polsce znaleźć rozwiązanie, jednym z najważniejszych, aczkolwiek dotychczas przez ogół niedocenianym, jest problem zwalczania chorób wenerycznych.

Choroby weneryczne, a przede wszystkim kiła przybrały w Polsce po ostatniej wojnie rozmiary prawdziwej klęski społecznej.

Zdaje sobie z tego sprawę Ministerstwo Zdrowia (czego dowodem są pewne zarządzenia ostatnie, jak powołanie przy Województwach referentów do zwalczania chor. wen., czy dostarczanie bezpłatnie leków przeciwkiłowych) i pewna liczba lekarzy, mająca z tym bezpośrednio do czynienia, jednak podejście ogółu lekarzy do tego zagadnienia świadczy, iż mimo najlepszych intencyj, konieczność podjęcia walki z chorobami wenerycznymi na platformie społecznej nie jest należycie zrozumianą i docenioną.

Winą tego, że samo zagadnienie jest niedoceniane jest fakt, iż nie znamy rozmiarów klęski, a to z powodu zupełnego braku materiału statystycznego. Liczby wyrażające ruch chorych w ambulatoriach klinik, szpitali czy nawet przychodni na prowincji (przeważnie zresztą nie zestawione), nie dają wiernego obrazu sytuacji, który można by uzyskać tylko przy systematycznym gromadzeniu danych zarówno z zakładów leczniczych, jak i z praktyki prywatnej. Próbą innego rodzaju uzyskania prawdziwego obrazu sytuacji był zorganizowany w jesieni ub. roku przez UNRRA przy współudziale Ministerstwa Zdrowia „Przegląd w Ziemi Lubuskiej", gdzie przebadano klinicznie i serologicznie całą ludność pewnego określonego obszaru. Zdanie sobie sprawy z rozmiarów tej epidemii (na pewnych obszarach Polski współczynnik zapadalności na choroby weneryczne wzrósł o 600—700%) jest pierwszym krokiem do racjonalnego jej zwalczania.

Musimy następnie zdać sobie sprawę, że leczenie poszczególnych przypadków w minimalnym tylko stopniu prowadzi do celu, jeżeli nie jest wsparte wyszukiwaniem źródła zakażenia oraz w razie uchylania się, zmuszaniem chorego do leczenia.

Biorąc pod uwagę dużego stopnia zubożenie większej części naszego społeczeństwa, a równocześnie to, że największą zapadalność na choroby weneryczne obserwujemy właśnie w uboższych warstwach ludności, musimy przyjąć, ze ważnym elementem w racjonalnym zwalczaniu chorób wenerycznych jest udzielenie jak największego poparcia wszystkim placówkom, dającym dostęp do leczenia bezpłatnego szerokim warstwom ludności.

Niezbędnym warunkiem dla skutecznego wykrywania zakażeń jest przeprowadzenie badań serologicznych i w miarę możności klinicznych we wszelkich skupiskach, jak

zakłady pracy, szkoły, internaty, domy akademickie, koszary.

O konieczności pójścia dalej, niż leczenie poszczególnych przypadków i celowości podjęcia walki z chorobami wenerycznymi na szerszej, społecznej płaszczyźnie przekonano się już w szeregu innych państw, m. in. takich, jak Stany Zjednoczone, kraje skandynawskie czy Rosja Sow., gdzie czynna współpraca uspołecznionego stanu lekarskiego z państwem w oparciu o celowe ustawy i pomoc uświadomionego w wysokim stopniu społeczeństwa, dała bardzo dobre wyniki.

Ogromne straty w materiale ludzkim poniesione przez nas w ostatniej wojnie i rozkładające się na dziesiątki lat fatalne skutki chorób wenerycznych zarówno godzące w zdrowie narodu, jak obciążające poważnie budżet społeczeństwa, nakładają na polski świat lekarski obowiązek potraktowania problemu zwalczania chorób wenerycznych z jak największą powagą.

Zbieranie danych dla statystyki, walka z opieszałością i złą wolą chorych, uświadamianie społeczeństwa, akcja zapobiegawcza, wyszukiwanie źródeł zakażenia, umożliwienie bezpłatnego lub bardzo taniego leczenia warstwom uboższym, oto szereg zadań, których Państwo bez czynnego współudziału świata lekarskiego nie jest w stanie wykonać, a które warunkują skuteczność walki z największym obok gruźlicy niebezpieczeństwem dla zdrowia narodu — chorobami wenerycznymi.

OCENA

Gruźlica — Zbiór współczesnych poglądów i zasad w praktyce w Wielkiej Brytanii. Str. 198. Katowice 1946. (Odbitka ze „Śląskiej Gazety Lekarskiej" Nr 1/46).

Publikacja wydana pod powyższym tytułem, zawiera tłumaczenia prac autorów angielskich, odnoszących się do zagadnień gruźlicy tak klinicznych, jak i społecznych, zestawionych przez Organizację Zjednoczonych Narodów U. N. R. R. A.

Sutherland omawia w I rozdziale zagadnienia administracyjne i organizacyjne; dochodzi do wniosku, że dla skutecznej walki z gruźlicą wskazane jest podzielenie kraju na okręgi o ludności wynoszącej 300—700.000. Liczba łóżek w okręgach leczniczych powinna wynosić przy śmiertelności 10 do 10.000 ludności — 1 łóżko na 600 mieszkańców czyli około 1.200. Naczelny lekarz walki z gruźlicą na tym terenie jest równocześnie kierownikiem głównej kliniki gruźliczej.

Jessel przedstawia historię i zasady pracy poradni przeciwgruźliczej (niewłaściwe tłumaczenie nazwy dispensory — przychodnia), która zdobywa sobie prawo obywatelstwa w całym świecie, a twórcą jej był Sir Robert Philip. Kierownik poradni powinien być równocześnie klinicystą i społecznikiem. Ważną rzeczą jest powiązanie pracy poradni ze szpitalem. Podano w tym miejscu również krótko i trafnie ujęte wskazówki dla chorych na gruźlicę.

Watt opowiada się za organizowaniem sanatoriów 200—300-łóżkowych, które powinny posiadać należycie wykwalifikowany personel lekarski w takiej ilości, by była możliwa praca naukowa i badawcza, przy dobrze wyposażonych laboratoriach. Ważną rzeczą jest dbanie o zdrowie personelu.

Dieta ma w sanatorium olbrzymie znaczenie. Przed wojną zalecano 4.000 kalorii dziennie. Obecnie uważa się jako konieczne minimum 3.250 kalorii. Chory powinien pić dużo płynów, za najlepszy płyn uważa autor wodę po obudzeniu rano i przed jedzeniem. W przypadkach leczonych operacyjnie zaleca kwas askorbinowy.

Dougall przedstawia zasady postępowania przy przygotowaniu powrotu do pracy u chorych na gruźlicę. W Anglii opublikowano w lutym 1944 r. ustawę o zatrudnieniu osób niezdolnych do pracy, która odnosi się również do chorych na gruźlicę. Zakłady dla opieki pozasanatoryjnej istnieją w Anglii od 1914 r. (Papworth Preston Hall), a zagadnienie to stanowi jedno z naczelnych zadań całej akcji przeciwgruźliczej w przyszłości.

Tytler i Davies omawiają pokrótce metodę bakteriologicznego rozpoznania gruźlicy płuc, a Hall pobieżnie rozpoznawanie różniczkowe gruźlicy płuc.

Rusby omawia masową radiografię za pomocą zdjęć małoobrazkowych z ekranu i podkreśla ich znaczenie dla wykrycia wczesnych postaci gruźlicy płuc. Wyniki uzyskane w Anglii pozwalają na określenie procentu gruźlicy czynnej na 0,3% do 2%.

Morriston Davies w leksykonowym skrócie przedstawia chirurgiczne metody leczenia gruźlicy płuc a Wilkinson omawia nieco szerzej gruźlicę pozapłucną. Na uwagę zasługuje częste stosowanie w Anglii odmy brzusznej, ewentualnie w połączeniu ze sztucznym porażeniem przepony przy gruźlicy płuc. Wreszcie Donald Court omawia gruźlicę u dzieci. Wydawnictwo powyższe orientuje polskiego czytelnika o aktualnych zagadnieniach społecznych, a częściowo klinicznych na odcinku gruźlicy w Anglii. Nazwiska czołowych przedstawicieli ftizjologii angielskiej pozwalają przypuścić że nie pominięto niczego ważnego, co mogłoby mieć znaczenie według stanu z końca 1945 roku dla zagadnień łączących się z gruźlicą tak ze stanowiska społecznego, jak naukowego i klinicznego.

St. Hornung.

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Komunikat Nr 2/47

Opodatkowanie lekarzy na akcję Pomocy Zimowej

Kraków 10/II.

Zarząd Izby Lekarskiej tak, jak i w roku ubiegłym uznał, że lekarze powinni na cele akcji Pomocy Zimowej opodatkować się dobrowolnie i że na ten cel winni oni składać miesięcznie przez okres 3-ech miesięcy sumę wynoszącą 1% od obrotu zeznawanego dla celów podatkowych.

Prosimy Pp. Kolegów o zastosowanie się do powyższej normy i zawiadamiamy, że Urzędy Skarbowe będą datki w powyższej wysokości pobierać od lekarzy przy poborze podatku od obrotu i przekazywać je Komitetowi Akcji.

Komunikat Nr 3/47

Podwyżka składek członkowskich Izby Lekarskiej.

Kraków 15/II 1947

Jednym z zadań i obowiązków Izby Lekarskiej, ciążących na niej w myśl art. 4, pkt. 5, ustawy o izbach lekarskich jest piecza nad stanem materialnym swoich członków, a zatem pomoc dla znajdujących się w potrzebie lekarzy i ich rodzin.

Powyższą akcję charytatywną prowadzi Izba nasza w myśl porozumienia z zarządem Związku Lekarzy P. P. w ten sposób, że zarząd Izby przekazuje Związkowi na ten cel miesięczne subwencje w wysokości zależnej od zapasu posiadanej gotówki, a Związek ponadto ze swej strony gromadzi na ten cel fundusze drogą dobrowolnych składek, zbieranych przez sekcję charytatywną Związku.

Ponieważ jednak wpływy z tych źródeł okazały się za małe w stosunku do ilości potrzebujących, a przy tym ich zmienność nie pozwalała na planowe ich rozprowadzanie, — powziął Zarząd Izby Lekarskiej na posiedzeniu w dniu 6. lutego uchwałę postanawiającą od dnia 1. marca 1947. podnieść składki członkowskie Izby ze 100 zł na 200 zł miesięcznie, — przeznaczając obecną podwyżkę 100 zł głównie na cele charytatywne Izby. Związek Lekarzy P. P. zaprzestanie odtąd dalszego zbierania na ten cel dobrowolnych datków wśród lekarzy, a Izba przekaże mu co miesiąca potrzebne kwoty. Rozprowadzaniem tych kwot zajmie się grono Pań, które dotąd tę akcję prowadziło. Zawiadamiając o tym Pp. Kolegów, prosimy o stosowanie się do powyższej uchwały Zarządu Izby i zaznaczamy, że podwyżka ta odpowiada uchwałom zapadłym na zjeździe delegatów Izb Lekarskich w Poznaniu w grudniu 1946 r.

Prezes: Dr J. Gołąb — Sekretarz: Dr M. Ciećkiewicz — Skarbnik: Dr J. Lebioda.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Protokół
z posiedzenia w dniu 3. VII. 1946 r.

Doc. Dr J. Kowalczykowa *przedstawia przypadek choroby Recklinghausena a mianowicie neurofibromatosis, występującej w postaci rozsianych zmian na skórze* u 52-letniego mężczyzny. Zmiany makroskopowe umiejscowione są na skórze twarzy, tułowiu i kończynach, przedstawiają się typowo w postaci miękkich guzków, pokrytych niezmienioną skórą. W obrazie histologicznym w przedstawionym wypadku stwierdza się obraz włókniaków miękkich, wśród utkania których są porozsuwane włókienka nerwowe. Schorzenie powstaje na tle zaburzeń rozwojowych, jest dziedziczne, często współistnieją inne nowotwory układu nerwowego, jak glejaki lub oponiaki. Godne uwagi są postacie poronne, cechujące się tylko plamami barwikowymi na skórze. W przedstawionym przypadku zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdza się.

W dalszym ciągu posiedzenia Dr Mirek *wygłosił odczyt pt. „Energia atomowa a medycyna"*.

W dyskusji zabrali głos Doc. Kowalczykowa i Dr Szczeklik.

Protokół
z nadzwyczajnych posiedzeń w okresie letnim 1946 r.

Dnia 12. VIII. gości Towarzystwo p. Howard C. Naffzigera z San Francisco, prof. neurochirurgii w California Medical School.

Prezes Prof. Brzezicki w serdecznych słowach powitał gościa, wyrażając wdzięczność za gotowość, z jaką uczeni Stanów Zjednoczonych przybywają do nas, by podzielić się z nami zdobyczami nauki, od której przez 6 lat wojny byliśmy zupełnie odcięci.

Prof. Naffziger dziękuje wszystkim za serdeczne przyjęcie i czuje się szczęśliwy, że ma zaszczyt być przyjmowany przez jeden z najstarszych Uniwersytetów, po czym wygłasza odczyt: *„O chirurgicznym leczeniu nadciśnienia samoistnego"*.

Ponadto w sierpniu i wrześniu uczeni amerykańscy wygłosili w Towarzystwie Lekarskim następujące odczyty:

Dnia 12. VIII. Prof. W. W. Oliver: *„Ostatnie postępy bakteriologii"*.

Prof. C. W. Thiennes: *„Ostatnie postępy w farmakologii"*.

Dnia 13. VIII. Prof. C. W. Thiennes: *„Najnowsze środki owadobójcze"*.

Prof. W. W. Oliver: *„Etiologia ropni płuc"*.

Prof. H. C. Naffziger: *„Postępujący wytrzeszcz w związku z chorobami gruczołu tarczowego"*.

Dnia 14. VIII. Prof. C. W. Thiennes: *„Przewlekłe zatrucie nikotyną"*.

Prof. W. W. Oliver: *W. W. Park — człowiek, który żył dla jutra"*.

Dnia 31. VIII. Prof. Gregersen: (N. York): *O najnowszych postępach w doświadczalnych i klinicznych badaniach wstrząsu pourazowego.*

Dnia 2. IX. Prof. Anigstein (Texas): *Postępy w medycynie w czasie II wojny światowej.*

Dnia 18 IX. Pułkownik Służby Zdrowia Armii Amerykańskiej Dr Lade Janes wygłosił odczyt pt.: *„Kontrola chorób wenerycznych w Polsce a w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej"*.

Protokół
z posiedzenia w dniu 2. X. 1946 r.

Dr Hassman *przedstawia trzy wypadki ropni mózgowych i 2 wypadki ropni móżdżku, usznego pochodzenia.* We wszystkich przypadkach stosowano sączkowanie.

W dyskusji Dr Kunicki zapytuje, czy ropnie były dobrze otorbione i wyraża przypuszczenie, że skoro we wszystkich z wyjątkiem jednego sprawa zakończyła się pomyślnie w otorbionych ropniach należy dążyć do doszczętnego usunięcia ropnia z torebką, gdyż 1) czas

trwania leczenia jest krótszy, 2) możliwość przeoczenia ropnia bliźniaczego mniejsza. Wreszcie ważne jest, iż według większych zestawień padaczka w następstwie pozostawienia torebki ropnia występuje w ponad 20% przypadków, a więc często. Okoliczność ta powinna być brana w rachubę przy wyborze leczenia ropni mózgu. Zabierali jeszcze głos Prof. Miodoński i Dr Stryjeński.

W dalszym ciągu posiedzenia Prof. Miodoński *wygłosił odczyt o stosowaniu skofedalu w zabiegach chirurgicznych.* (Ukaże się w druku w Przegl. Lek. 1947).

Protokół
z posiedzenia w dniu 9. X. 1946 r.

Dr Gzyl *przedstawia przypadek przepukliny przeponowej.* W dyskusji zabiera głos Doc. Dr Kowalczykowa.

W dalszym ciągu posiedzenia Dr Cholewa *przedstawił przypadek mięsaka śluzakowatego (sarcoma myxomatodes).*

Po czym Dr Grochmal *omówił swe spostrzeżenia nad leczeniem gruźlicy płuc viocyną.*

Sekretarz: *Dr A. Kunicki* — Prezes: *Prof. Dr E. Brzezicki*

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

CZASOPISMA KRAJOWE:

NOWINY LEKARSKIE, z. 24, 1946. J. Kostrzewski: Jeszcze o wysypce. — B. Gięd osz: Wpływ witamin na gruczoły płciowe. — H. Bręborowicz: Wady rozwojowe układu moczo-płciowego a błędy rozpoznawcze w ginekologii. — J. Gromkowski (†): Przypadek zrostów okołodwunastniczych wywołanych przez tęgoryjca dwunastnicy. — St. Andrzejewski: Walka z chorobami wenerycznymi. Kiła u kobiet w ciąży. — W. Frid: Nowe zdobycze lekarskie w Rosji.

NOWINY LEKARSKIE, z. 1, 1947. M. Jarema: O postępach w leczeniu wstrząsami elektrycznymi. — T. Rafiński: Situs inversus viscerum totalis. — M. Szajna: Myalgia epidemica.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI, nr 51, 1946. L. Manteuffel-Szoege: W sprawie mechanizmu procesu zapalnego. — L. Hirszfeld i R. Amzel: O postaciach przejściowych (podgrupach) w obrębie grupy O. — St. Chodkowska: O kamicy żółciowej wieku dziecięcego i młodzieńczego. — St. Wesołowski: Przyczynek do rozpoznawania różnicowego guzów pęcherza. — J. Nielubowicz: Ropowice żołądka i jelit (dok.). — J. Penson: Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie (c. d.). — M. Mierzecki: Zagadnienie dermatologii pracowniczej (dok.) — J. Szmurło: Jeszcze w sprawie podręczników z dziedziny medycyny.

POLSKI TYGDNIK LEKARSKI, nr 1. 1947. A. Schreiber: Wspomnienie pośmiertne. Śp. Karol Mayer. — B. Gędosz: Związek między witaminami i hormonami i jego znaczenie w lecznictwie chorób gruczołów dokrewnych. — T. Koszarowski: O rozpoznawaniu i leczeniu raka sutka u kobiet. — M. Fejgin: Ostra białaczka. — Wł. Bujak: Przegląd ostatniego piśmiennictwa angielskiego z zakresu ped atrii. — Zb. Woźniewski: Pierwsze dni powstania warszawskiego w szpitalach na Woli

W SŁUŻBIE ZDROWIA, nr 9—10, 1946. K. Kuhl: Rola medycyny społecznej i lekarza w przemyśle. — L. Rostkowski: Czy i jak zwalczać jaglice (dok.). — Wł. Szenajch: Rozważania o potrzebach opieki nad zdrowiem dzieci w Warszawie (dok.). — T. J. Stępniewski: Państwowa Rada Zdrowia w pierwszym roku jej działalności. — J. Jakóbkiewicz: Tylko leczyć, czy również i zapobiegać. — A. Huszcza: Kartka z dziejów Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

WIADOMOŚCI STATYSTYCZNE, z. 18, 1946.

CZASOPISMA ZAGRANICZNE:

MARC DANIELS

Gruźlica w Polsce

The Lancet Nr 6424, 1946.

Jest to sprawozdanie szefa sanitarnego UNRRY z 6-tygodniowego jego pobytu w Polsce w r. 1946. Autor dzieli się wiadomościami zebranymi w urzędach wojewódzkich, w sanatoriach, szpitalach, przychodniach przeciwgruźliczych, których większość zwiedził osobiście. Autor miał sposobność przeprowadzać liczne rozmowy z lekarzami kierownikami służby zdrowia, nie wyłączając personelu lekarskiego w Ministerstwie Zdrowia. Grozę sytuacji sanitarnej pod względem gruźlicy daje się pojąć jedynie w świetle dramatycznych przeżyć całego kraju w czasie jego 6-letniej okupacji. W kraju tym trudno spotkać takiego Polaka, który by nie opłakiwał śmierci najbliższych krewnych albo którego by los oszczędził od głodu, choroby lub od pobytu w więzieniu. Na każdym kroku można się spotkać z takimi, którym wystarczy odwinąć rękaw od koszuli, aby na ich przedramieniu stwierdzić wytatuowane znamiona przebytego więzienia. Niemcy w sposób systematyczny pragnęli zniszczyć warstwę inteligencji i sferę zawodową ludności i nie wahali się rozstrzeliwać lekarzy, niejednokrotnie wybitnych uczonych i specjalistów, czy to w ich pracowniach szpitalnych, czy pod ścianą muru na ulicy. Z 12.900 lekarzy, jakich Polska miała w r. 1939, pozostało przy życiu po wojnie 6.000. W jednej z miejscowości na prowincji spotkał autor na okręg o 14.000 ludności tylko jednego lekarza, który nawet nie miał auta do dyspozycji. Również dotkliwy jest brak higienistek, których także połowa zginęła zabita w czasie wojny. Ludność zniszczonej Warszawy żyje w wilgotnych piwnicach wśród gruzów, w bardzo złych warunkach odżywienia, co, jak wiadomo, pociąga za sobą możność stałego szerzenia się zakażenia gruźliczego. Ludność wielu wiejskich okręgów pozbawiona wskutek wypadków wojennych mieszkania przebywa w prowizorycznych barakach, a chcąc zasiać pola zmuszona jest najpierw własnoręcznie usuwać liczne miny, co naraża ją w skutku na częste wypadki śmierci. Olbrzymie obszary pól stoją odłogiem, niezasiane. Nienormalną sytuację na wsi pogarsza fakt ciągłej wędrówki kilku milionów ludności chłopskiej. Jedni wracają z robót przymusowych z obozów pracy z Zachodu lub Wschodu, przywożąc ze sobą zakażenie gruźlicze do domu, inni przenoszą się ze wschodnich obszarów Polski na zachodnie, znajdując się w ciągłej tułaczce, która również sprzyja rozszerzaniu się gruźlicy.

Jak niewiarygodny jest obraz chaosu i spustoszenia w Polsce dla kogoś, co tego naocznie nie widział, tak dla oceny wysiłków odbudowy medycyny społecznej w tym kraju niezbędnym warunkiem jest najpierw zapoznać się z dziełem zniszczenia a potem naocznie patrzeć na próby pokonywania gigantycznych przeciwności przez niewyszkolony i skąpy korpus pracowników sanitarnych, przez profesorów medycyny, pozbawionych klinik, przez uczonych pozbawionych pracowni.

Autor zapoznaje czytelnika z szeregiem oficjalnych faktów statystycznych, świadczących o alarmującym poziomie śmiertelności z powodu gruźlicy w większych miastach polskich. Gdy w Warszawie przed wojną w r. 1939 na 100.000osób przypadało 155 zgonów na gruźlicę, to w czasie wojny w, r. 1941 liczba ta wzrosła do 452, a w r. 1944 do 500 zgonów. Dla porównania podaje autor statystykę zgonów w Stanach Zjednoczonych, gdzie na 100.000 przypadało w 1939 — 39 zgonów. w r. 1941 — 35 zgonów, a w r. 1944 — 34 zgonów. W Łodzi śmiertelność na gruźlicę Polaków wzrosła ze 176 przed wojną do 316 na 100.000, podczas gdy śmiertelność na gruźlicę Niemców łódzkich była w tym samym czasie wojennym 3-krotnie niższa. W Poznaniu śmiertelność w czasie wojny wzrosła do 360, a w Krakowie do 278 na 100.000. W tym samym czasie śmiertelność na gruźlicę w Kopenhadze spadła z 51 w r. 1939 na 40 w r. 1944, a w Sztokholmie z 92 w r. 1939 na 70 w r. 1944. Masowo przeprowadzone badania kontrolne radiologiczne młodzieży uniwersyteckiej w Krakowie w r. 1945/6 stwierdziły w 10.8% istnienie zakażenia gruźliczego wymagającego

leczenia lub przynajmniej stałej obserwacji. W Warszawie procent ten wśród młodzieży uniwersyteckiej był jeszcze większy, bo 15%. Ta sama kontrola rentgenologiczna wśród robotników fabrycznych w Anglii w tym czasie wykazywała 1% osobników zakażonych, wymagających leczenia lub obserwacji.

Mimo wielkich trudności w miejsce przedwojennych 532 — uruchomiono już 440 przychodni przeciwgruźliczych w Polsce. Stały one dawniej głównie pod władzą Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, a dziś podlegają Ministerstwu Zdrowia. Niestety przychodnie przeciwgruźlicze cierpią na dotkliwy brak urządzeń diagnostycznych, głównie aparatów Roentgena i na brak wyspecjalizowanego personelu lekarskiego. Przez okres 6-letniej okupacji wszystkie sanatoria z wyjątkiem jednego były w Polsce zajęte przez Niemców. Pod koniec wojny w czasie odwrotu nieprzyjaciel często podpalał budynki sanatoryjne, a urządzenie niszczył, rabował lub wywoził. Polska bezpośrednio po wojnie znalazła się wobec niebezpieczeństwa gruźlicy — bezbronna: budynki sanatoryjne spustoszone, łóżka bez materaców i pościeli, pracownie sanatoryjne pozbawione aparatów, instrumentów, leków i personelu lekarskiego. Mimo tak rozpaczliwej sytuacji wzięto się do energicznej pracy, celem uratowania resztek rozgrabionego dobytku, celem remontu i celem wyzyskania odziedziczonych po Niemcach na Śląsku sanatoriów. UNRRA dostarczyła w wielu wypadkach wyposażenia. Przed wojną miała Polska 8318 łóżek przeznaczonych dla leczenia gruźlicy w 137 szpitalach i w 45 sanatoriach. Dziś przez odzyskanie Śląska liczba łóżek sanatoryjnych wynosi teoretycznie 11.580, ale w tym 5.000 łóżek jest jeszcze nieurządzonych do użytku lub zarekwirowanych dla armii, 2.000 jest zajętych z korzyścią dla chorych, 1.032 gotowych do całkowitego użytku, ale niezajętych z powodu braku funduszów na pokrycie przez państwo zbyt wysokich, niekalkulujących się wydatków na utrzymanie chorych, tj. głównie na wyżywienie. Sanatoria są zmuszone zakupywać żywność na wolnym rynku. Gdy w jednym powiecie można za 100 zł zakupić żywność w węglowodanach odpowiadającą 3.000 kaloriom, w innym np. na Dolnym Śląsku ceny produktów są znacznie wyższe i wyżywienie chorych i personelu jest tak kosztowne, że osiąga z trudem 2.000 kalorii na osobę.

Autor, omawiając brak personelu lekarskiego stwierdza, że w Polsce wypada 1 lekarz na 3.600 ludności a 1 higienistka na 7.000 ludności. W jednym powiecie spotkał on zapracowaną cały dzień w ośrodku zdrowia lekarkę, która bez pomocy sanitariuszki sama za 7 lekarzy spełniała czynności, bo dawniej było tam 70 lekarzy, gdzie dziś jest ich tylko 10. Autor ubolewa, że lekarka nie ma nawet auta do pomocy.

Autor wreszcie zauważył, że jedną z bolączek świata lekarskiego w Polsce jest brak leków i brak piśmiennictwa naukowego. Stare biblioteki zostały zniszczone lub rozkradzione, nowego przypływu książek ciągle jeszcze kraj wyczekuje.

Autor wyraża się z uznaniem dla wysiłku władz i społeczeństwa w Polsce za zorganizowanie z niczego nowych ośrodków walki z gruźlicą. Ze względu na wysoki procent śmiertelności z gruźlicy w Polsce oblicza, że teoretyczna liczba 11.580 łóżek dla gruźlicy jest nie wystarczająca a powinna wzróść do 66.000 łóżek, licząc 100 łóżek na 100 przypadków śmiertelnych gruźlicy. Uważa również za niezbędny warunek racjonalnej walki z gruźlicą wysiłek w kierunku rychłego stałego podniesienia standartu życiowego", tj. ogólnego dobrobytu.

Wł. Mikułowski

M. W. BURGSDORF

W sprawie patogenezy i kliniki zakrzepów i zatorów w gośćcowej wadzie serca

(Klinicz. Med: 1946, 9, s. 16—21).

Dotąd pozostają niejasne warunki, w których powstają te powikłania. Nagłe zwiększenie pracy serca, sprzyjające oderwaniu się skrzepu, występuje nieczęsto. Czas nie zawsze pomaga w rozróżnieniu zakrzepu od zatoru, gdyż doświadczalnie wykazano powstawanie zakrzepów w ciągu czasu krótszego, niż jedna doba. Co się tyczy zatorów, wykazano ich zależność od zakażenia, czy to pośrednio przez uszkodzenie śródbłonka, czy to przez uczulenie ściany naczyń. Zmiany morfologiczne w naczyniach są tylko wskaźnikami zaburzeń miejscowej przemiany materii komórek. Tym się tłumaczą zatory dziwaczne (paradoksalne) i wielokrotne przy znikomych zakrzepach.

Klinicznie zbyt rzadko rozpoznaje się zatory, zwłaszcza w nerkach i śledzionie, choć i zatory w płucach przedstawiają trudności rozpoznawcze.

Na podstawie 336 przypadków wady serca, w których doszło do sekcji, autor dochodzi do wniosku, że ani czas trwania niewydolności serca, ani jej stopień, ani też stopień rozszerzenia serca nie grają roli w powstaniu zatorów w naczyniach mózgowych w złożonych wadach mitralnych. Wśródsercowe zakrzepy zależą raczej od zakażenia, niż od zastoju w sercu. Nawet skrzepy na brzegach zastawek z jednej strony mogą powstać zanim występują zaburzenia krwiobiegu, z drugiej — nieraz brak ich w ciężkich porażeniach sierdzia niegośćcowego pochodzenia itp. Wskazuje to na rolę alergii z uprzednim uczuleniem śródbłonka. W wadzie gośćcowej źródłem zakrzepu ma być mniej lub więcej świeże zakażenie.

W przebiegu zapalenia wsierdzia schorzeniu ulegają najrozmaitsze okolice naczyniowe a to wskutek dyspozycji indywidualnej ustroju oraz właściwości uczuleniowej jego tkanek. Należy więc w każdym wypadku szukać ogólnych czy też miejscowych przejawów zakażenia gośćcowego. Objawy te mogą być wyraźne (podniesienie ciepłoty ciała, ogniskowe zmiany w nerkach itp.), mogą jednak wchodzić w grę i „nieme" postacie gośćca, które można rozpoznać dopiero na podstawie objawów pośrednich względnie specjalnych badań.

Zasadniczą rolę gra tu wywiad. Przeważnie zator naczyniowy jest chronologicznie uzależniony od zaostrzenia zakażenia gośćcowego czy od czynników alergicznych. Czasem spotykamy różne zespoły objawów właściwe porażeniom naczyń w różnych okolicach (np. częste i obfite krwioplucia). Zwracają uwagę wzniesienia ciepłoty ciała w przebiegu wchłaniania zakrzepu, ewentualnie przyśpieszenie OB, limfomonocytoza lub ukazanie się histiocytów we krwi obwodowej. Wreszcie, na wzmożenie czynności układu siateczkowo - śródbłonkowego wskazują wyniki próby Kaufmanna (badanie zawartości pęcherza kantarydynowego), gdzie zwiększa się ilość limfohistiocytów oraz próba Leszczyńskiego (przyśpieszenie wchłaniania wprowadzonego wśródskórnie błękitu trypanowego).

Z powyższych wywodów wynika, że w gośćcowej wadzie serca zakrzepy i zatory stoją w związku z gośćcem. Może tu chodzić o samoistne zaczopowanie porażonego naczynia czy o prawdziwy zator, szybko rosnący na tle uczulonych ścian naczyń. Rzadkie natomiast jest przeniesienie oderwanej części zakrzepu z jam serca do niezmienionego naczynia, jak i powstanie zakrzepów w naczyniach na tle marantycznego krwiobiegu.

J. Frydman

M. D. TUSZYŃSKI

Grypowe zapalenie płuc

(Sow. Med. 1945 r., 9, s, 1),

W grypie stwierdza się porażenie układu śródbłonkowo-siateczkowego; leukopenię, obniżenie odporności ustroju i kolosalny wzrost ilości drobnoustrojów w górnych drogach oddechowych. Stąd różnorodność powikłań płucnych podczas epidemii, szczególnie wobec pneumotropii zarazka grypy.

Podczas pandemii grypy w 1899/90 r. i 1918/19 r. spostrzegano wczesny i ostry obrzęk płuc, nieraz już w ciągu pierwszych 24 godzin, częściej w 3—4 dniu choroby. Ogromną sinicę w tych przypadkach tłumaczą niektórzy wytworzeniem się methemoglobiny. Chorzy tacy szybko giną wskutek przyłączenia się niewydolności krążenia do niewydolności oddechowej („niebieska" ano-

ksemia przechodzi w „szarą"). Chorzy tego rodzaju powinni leżeć, nawet nie siadać.

Zarazek przesączalny grypy może spowodować zapalenie płuc bezpośrednio, bez udziału flory bakteryjnej. Takie zapalenie płuc wykazano doświadczalnie na tchórzach. Może ono wystąpić jednocześnie z innymi objawami grypy, ale może być i pierwszym objawem, wreszcie, najczęściej, początek zapalenia płuc następuje nieco później, gdy już objawy grypowe się zmniejszają: ogólny stan znów się pogarsza, ciepłota ciała się podnosi, zjawia się duszność, kaszel i sinica oraz objawy nacieczenia w płucach.

Zapalenia płuc, stanowiące powikłanie grypy, mogą zależeć od pneumokoków, gronkowców względnie łańcuszkowców.

Pneumokokowe zapalenia płuc w grypie mogą być krupowe, ale też i różnego rodzaju odoskrzelowe, z reguły dwustronne. W obrazie rentgenowskim widać rozszerzenie wnęk, zmiany zależne od rozszerzenia naczyń płucnych, wreszcie stale obrzmienia gruczołów limfatycznych. Charakterystyczna jest skłonność do procesów rozpadowych, zwłaszcza w odoskrzelowych zapaleniach. Płatowe zapalenia płuc w tych przypadkach nie są typowe, brak np. plwociny rdzawej, krytyczny spadek ciepłoty należy do wyjątków, ilość fibrynogenu we krwi jest mniejsza (a w związku z tym nie występuje wyraźnie typowa „okruchowość" rozmazu krwi).

Po grypowym zapaleniu płuc często pozostają zrosty opłucnej, „przewlekłe pneumonie" i zapalenia oskrzeli. Na tym tle później rozwijają się rozstrzenie oskrzeli oraz zgorzel płuc.

Nie wiadomo, co w powyższym obrazie zależy od zarazka grypy, a co od powikłań innymi zarazkami tym bardziej, że wykazano znaczne zmiany charakteru drobnoustroju, przebywającego w symbiozie z innym zarazkiem. Tak naprzykład, podobno pneumokoki nie powodują powstawania ropni płuc, a więc skłonność do grypowych zapaleń płuc zależałaby od dodatkowego zakażenia.

Gronkowcowe zapalenia płuc w grypie mogą również dać najrozmaitsze obrazy aż do krwotocznych i martwicowych zapaleń włącznie. Przebieg ich może być przewlekły, nasuwający przypuszczenie gruźlicy. Śmiertelność osiąga 30%.

Łańcuszkowcowe zapalenia płuc w grypie mogą być samoistne, albo też powikłanie pneumokokowych porażeń. Zazwyczaj są to wędrujące, nekrotyzujące ogniska.

Obrazy porażenia płuc są rozmaite w zależności od tzw. *genius epidemicus*, który jest bardzo zmienny.

Dotychczas brak swoistego leczenia grypy. Bardzo ważne jest zapobieganie powikłaniom, zwłaszcza płucnym. Podkreślić tu należy konieczność przetrzymywania chorego w łóżku. Zapobiegawczo stosuje się sulfamidy (zwłaszcza sulfidynę i sulfasol) w dawkach po 0,5, cztery razy na dobę. Ostry obrzęk płuc i zapalenie płuc, spowodowane przez virus wymagają objawowego leczenia — środki nasercowe, tlen. We wszystkich powikłaniach płucnych grypy należy stosować sulfamidy według zwykłego schematu, chociaż dają one tu słabszy wynik, niż w zapaleniu krupowym. Natomiast dobrze działają te środki w gronkowcowych zapaleniach płuc (zwłaszcza sulfatiazol i sulfodiazyna).

J. Frydman

LUCIUS NICHOLLS

Siwe włosy u źle odżywionych dzieci

(The Lancet, nr 6415, 1946).

Siwienie włosów u źle odżywianych dzieci spostrzegano już kilka lat temu. Ten objaw jest dość pospolity u niemowląt żywionych kleikami i kaszkami bez mleka. W tych przypadkach zjawia się wypadanie włosów, włosy na ciele stają się faliste i siwe i delikatniejsze niż zwykle.

Jednakże u starszych dzieci, chociaż są źle odżywiane, znaczniejsza utrata barwika jest rzeczą niecodzienną. Autor w ostatnich czasach widział kilka takich przypadków na Malajach u dzieci w wieku od lat 5 do 12. Dwoje z tych dzieci było rasy malajskiej, inne rasy tamilskiej.

Opis przypadków. Przypadek I. Dziewczynka tamilska przebywała przez jakiś czas w obozie uciekinierów. Przy oglądaniu włosy jej były krótko obcięte i prawie białe, rzęsy koloru brązowo-szarego i brwi również utraciły barwik, włosy na ciele były barwy jasnej. U dziewczynki można było stwierdzić wiele jeszcze innych objawów złego odżywiania, jak *phrynoderma* (zmiany w skórze wskutek braku witaminy A), typowo rozłożona na skórze szyi, rękach i nogach, zgrubienie i pigmentacja spojówki gałki ocznej zewnętrznego i wewnętrznego kwadrantu oka, nadżerki na języku, powiększenie wątroby i wychudnięcie, śledziona była powiększona i sięgała 4 palce poniżej granicy żeber, co było spowodowane zimnicą. Gdy dziewczynce poczęto podawać mleko, jajka i owoce, wkrótce nastąpiła poprawa i w 3 tygodnie później powróciło prawidłowe zabarwienie w częściach włosów bliższych skórze, a końce rzęs były lekko szaro-brązowe, a reszta rzęs czarna. Wkrótce dziewczynka ta miała bardzo ciemną skórę i nie było zmian wskazujących, że utraciła barwik skóry.

Przypadek II. Druga dziewczynka z obozu, lat 10, miała jasne włosy, które wyróżniały ją spośród dzieci tej samej rasy.

Przypadek III. Chłopczyk, w wieku lat 7, w okresie, kiedy przychodził do zdrowia po złym odżywianiu miał końce włosów na ciele i rzęsy lekko rdzawego koloru, kontrastujące z resztą długości włosów, które były czarne. U niego zauważono w dużym stopniu próchnicę zębów.

Przypadek IV. Dziewczynka, lat 8, była przykładem wczesnego okresu następstw złego odżywiania. Włosy w częściach bliższych skóry były białe, zmieniając stopniowo ku końcowi kolor aż do barwy czarnej w części końcowej włosa. Brwi miały ten sam wygląd. Dziewczynka była wychudzona, skóra jej była sucha i szorstka. Autor spostrzegał w obozie wiele jeszcze innych przypadków, chociaż utrata barwika była mniejsza, niż w przypadkach opisanych powyżej. Zwykle tylko część długości włosa była rdzawego koloru (proksymalna lub dystalna) w zależności od tego, czy złe odżywianie występowało obecnie, czy też dawniej. U żadnego dziecka nie można było znaleźć zmiany w jakości włosów, nie były one ani delikatniejsze, ani bardziej faliste, niż normalnie tak, jak się to spotykało u niektórych źle odżywionych niemowląt.

Możliwe, że istnieją dwa rodzaje siwienia włosów z powodu złego odżywiania.

Włosy wszystkich ras tropikalnych są czarne lub prawie czarne, dlatego rozpoznawanie nie sprawia żadnych trudności tym więcej, że utrata barwika jest rzadko kiedy równomiernie rozłożona na długości włosa. Trudniej może być z rozpoznaniem u osób, których włosy są z natury jasne.

Siwienie włosów uzyskiwano u zwierząt za pomocą doświadczeń. Brak kwasu pantotenowego u czarnych szczurów dawał utratę barwika we futrze. Sekcja dokonana u tych szczurów wykazywała zmiany nadnerczy, a siwienie zdaje się być spowodowane zaburzeniem zależności między jednym lub kilkoma hormonami a tą witaminą. W pewnym stopniu siwienie futra zwierząt można osiągnąć przez inne braki w odżywianiu, niekoniecznie przez brak kwasu pantotenowego, np. brakiem miedzi.

Większość z tych dzieci odżywiała się przeważnie korzeniami manioku, a brak witamin był bardzo znaczny.

Dr Tadeusz Koniar

Doświadczalne zapalenie gośćcowe serca

(Science, 20. IV. 1945 ref. Sow, Med, 1945, 12, s, 34—35),

W 1935 r. Schlesinger w odwirowanym osadzie płynu z osierdzia chorych na ostry gościec stawowy znalazł twory podobne do wtrętów zarazków przesączalnych. Oczyszczona zawiesina tych tworów ulegała aglutynacji surowicą wyłącznie chorych na ostry gościec. Schlesinger uważał, że zakażenie łańuszkowcem hemolizującym obniża normalną odporność na przesączalny zarazek gośćcowy kardiotropowy, względnie uczynnia go w inny sposób.

W 1945 r. Mc Niel i jego współpracownicy z Nowego Jorku ogłosili dalsze wyniki badań nad zarazkiem przesączalnym gośćca. Z płynu z osierdzia chorych, którzy zginęli na ostry gościec stawowy uzyskano przesącz jałowy bakteriologicznie. Przesącz ten wstrzykiwano dożylnie królikom, które następnie w różnym czasie zabijano i stwierdzano u nich ogniska zapalne w mięśniu i zastawkach serca oraz w tętniczkach płucnych. W odróżnieniu od doświadczalnych bakteryjnych zapaleń wsierdzia w tych wypadkach porażenia były bardziej rozprzestrzenione, miały swoisty charakter brodawkowo-obrzękowy, a zwłaszcza wyróżniały je towarzyszące zmiany hiperplastyczne i reparatywne śródbłonka i tkanki łącznej. To doświadczalne zapalenie wsierdzia zwykle nie powodowało śmierci zwierząt.

Chorobę udawało się za pomocą inokulacji krwi przenosić kolejno przez 15 seryj królików. Udało się też hodować zarazek przesączalny i na zarodkach kurzych. Zakażony płyn alantoidalny jaj kurzych, zawierający większe stężenie zarazka, powodował większe zmiany w sercu królików, niż płyn z osierdzia, będący punktem wyjścia.

Wprowadzenie materiału kontrolnego np. normalnej krwi ludzkiej, normalnego płynu alantoidalnego, zarazków przesączalnych wakcyny czy influenzy itp. nie powodowało opisanych zmian w sercu królików.

J. Frydman

D. EBRILL i S. D. ELEK

Ropień gruźliczy po domięśniowym wstrzyknięciu penicyliny

The Lancet nr 6420, 1946.

Autorowie obserwowali chłopca 11-letniego, którego wywiady nie wskazywały przebytej poważniejszej choroby i który przybył do szpitala z powodu bolesnego ropnia w prawej pasze. Ropień został otworzony chirurgicznie, ropa zawierała gronkowca złocistego. Przez 4 dni z rzędu po operacji leczono następowo chłopca penicyliną wprowadzaną kroplówką przez pierwszą dobę do lewego uda a następnie, z powodu doznawanych bólów w miejscu zastrzyku do drugiego, tj. do prawego uda — w sumie 500.000 jednostek. Chłopiec w 3 tygodnie po przyjęciu odszedł do domu wyleczony. Atoli po upływie 3 miesięcy zgłosił się ponownie do szpitala z powodu ropnia lewego uda w miejscu pierwszego zastrzyku penicyliny. Lekarze rozpoznawali przewlekły ropień uda, spowodowany prawdopodobnie przez bakterie odporne na działanie penicyliny. Ropień został otworzony, nie miał żadnej skłonności do wyleczenia a bakteriologiczne badanie ropy stwierdziło obecność licznych prątków Kocha tak w bezpośrednim preparacie, jak i w posiewie. Wynik próby biologicznej na śwince morskiej był dodatni. Chory był następowo poddany zabiegowi chirurgicznemu, celem usunięcia martwiczej tkanki mięsnej. Badanie histologiczne tkanki ziarninowej stwierdziło utkanie typowo gruźlicze, badanie rentgenologiczne klatki piersiowej, kręgosłupa i kości długich było ujemne. Autorowie stwierdzają, że w przypadku tym niewątpliwym źródłem zakażenia gruźliczego było wstrzyknięcie penicyliny, podczas którego z powodu jakiegoś błędu personelu w technice zastrzyku, albo w technice sporządzania fabrycznego penicyliny wtargnął zarazek gruźliczy. Skargi na ból w lewym udzie w czasie kroplówki wskazują, że w miejscu tym mógł powstać krwiak, który w zetknięciu z niedużą ilością penicyliny sprzyjał rozrostowi wprowadzonego zarazka gruźliczego. Autorowie stwierdzili w doświadczeniu *in vitro*, że dodatek dużej ilości penicyliny do pożywki z krwią utrudnia wzrost prątka gruźliczego, dodatek małej ilości penicyliny wzmaga wzrost prątka. Autorowie wypowiadają przestrogę, aby w każdym przypadku ropnia po penicylinie wykluczyć możliwość zakażenia gruźliczego.

W. Mikułowski

Śp. Dr Jan Bełtowski

Dnia 21 stycznia 1947 r. zmarł w Żywcu dr Jan Bełtowski. Odszedł od nas niespodzianie, opuścił nasze już tak przerzedzone przez wojnę szeregi w czasie, kiedy wyzwolona Polska potrzebuje pracy i pracowitych obywateli do odbudowy w każdej dziedzinie.

Dr Bełtowski urodził się 14 grudnia 1897 r. w Dębicy. Uniwersytet ukończył we Lwowie 31 stycznia 1925 r., poświęciwszy się bezpośrednio chirurgii. Praktykę odbywa od 1. II. 1925 r. w Państw. Szpitalu Powszechnym we Lwowie, od 1. IV. 1927 r. — 31. IV. 1930 r. pracuje jako sekundariusz tegoż Szpitala pod kierunkiem śp. prof. Ostrowskiego Tadeusza. Dnia 31. IV. 1930 r. obejmuje jako dyrektor Szpitala Powiatowego w Nadwornej (woj. stanisławowskie) pierwszą placówkę, na której pozostawał przez lat 14, do 25. III. 1944 r., pozyskując sobie uznanie władz jako chirurg i zarazem administrator zdolny oraz sympatię wśród tamtejszej ludności.

Zawieruchą wojenną zagnany do Starego Sącza w r. 1944, pozyskuje sobie jako lekarz prywatny wkrótce wśród rodaków szacunek, poważanie oraz wdzięczność za obronę i ochronę chorego Polaka, którego okupant chciał zniszczyć przez wywiezienie go do Niemiec do obozu pracy. Z narażeniem siebie i swojej Rodziny wydawał zaświadczenia lekarskie z rozpoznaniem, a broniąc swojego autorytetu jako polskiego lekarza, nie zmienił rozpoznania mimo groźby ze strony gestapo, a czynił to dla ochrony rodaka.

Opinie o Nim tak M. R. N. St. Sącza, jak P. R. N. N. Sącza jako „opiekunie i dobroczyńcy ludności polskiej w czasie okupacji" świadczą o Jego ówczesnej pracy.

Jako dobry Polak, lekarz-społecznik, dobry człowiek, zaskarbił sobie wdzięczność i dobrą opinię wśród obywateli Nowego i St. Sącza. W listopadzie 1945 r. obejmuje z konkursu stanowisko dyrektora Szpitala Powiatowego w Żywcu. Na tym posterunku pracuje intensywnie, starając się jako dyrektor, chirurg i wytrawny administrator o wyposażenie Szpitala we wszystko, co jeszcze niezbędne. I tu cieszył się uznaniem władz i sympatią szerokich mas ludności, która manifestacyjnym oddaniem Mu ostatniej przysługi, dała temu wymowny wyraz. Osierocił żonę i córkę.

Nić planów dalszej pracy dla zdrowia Obywatela-rodaka przerwała Mu nieubłagana śmierć, pozostawiając po Nim szczery żal wśród kolegów, przełożonych i współpracowników.

Niech Ci ziemia lekką będzie, dobry Kolego!

Dr Wójcikiewicz Józef

śp. Dr Piotr Rudnicki

W styczniu br. nieubłagana śmierć przecięła nić życia Kolegi pełnego porywu, inicjatywy i planów na przyszłość, jakim był śp. Dr Piotr Rudnicki, lekarz powiatowy w Nowym Sączu. Zmarły lat 42, po ukończeniu Uniwersytetu U. J. pracował przed wojną jako lekarz powiatowy w Dąbrowie Tarnowskiej i w Bochni. W czasie okupacji w Opocznie, skąd przybył jesienią r. 1945 do Nowego Sącza w charakterze lekarza powiatowego. W półtorarocznym niespełna czasokresie śp. Kolega pozyskał sobie swoją rzetelną pracą, miłym i zawsze serdecznym odnoszeniem się i obejściem, wzajemną sympatię wśród przełożonych, kolegów miejscowych i mieszkańców powiatu.

Jako chętny organizator wiele zadań Mu powierzonych spełnił, wiele do spełnienia w najbliższej przyszłości zapoczątkował, między innymi prace około zamierzonego uruchomienia Szkoły Pielęgniarek w Nowym Sączu. I w tym okresie pracy, wierny zaciągniętym przez siebie obowiązkom, zawsze zdrów, pełny nadziei zrealizowania programu pracy z ideą ochrony zdrowia obywatela swojego powiatu, odszedł od nas.

Szczery żal wobec nagłego, bo niespodziewanego odejścia pozostawił w gronie swojej Rodziny, Przełożonych i swoich Kolegów.

Cześć Jego pamięci!

Dr O. Anselm

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Dnia 22 stycznia ub. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym:

1. Dr M. Aleksandrowicz: Przypadek daleko posuniętej żylakowatości przełyku (pokaz). 2. Dr M. Jarema: Choroba Heine-Medina u dziecka i matki (pokaz). 3) Dr Sidorowicz: Wpływ sportu na narząd krążenia (odczyt).

Dnia 29 stycznia b. r. odbyło się Walne Zebranie Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Na porządku dziennym wybór nowego Zarządu.

Dnia 5 lutego br. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym:

1. Adj. Dr Kowalczyk i lek. Gzyl: Wynik pooperacyjny przypadku przepukliny przeponowej demonstrowanej 9. X. 46 (pokaz). 2. Dr J. Huczek: Marskość wątroby w przebiegu zarnicy złośliwej (pokaz). 3. Dr M. Kędra: Przypadek pęknięcia śledziony o niezwykłej etiologii (pokaz).

Nowy Zarząd Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego został wybrany w następującym składzie: prezes — Prof. dr E. Brzezicki; wiceprezes — Doc. dr Keller; sekretarz stały — dr M. Ciećkiewicz; sekretarz doroczny — dr K. Spett; skarbnik — dr J. Cikowski ;Komisja rewizyjna — dr Owsiński, dr St. Poźniak.

Na Zjeździe Przeciwwenerycznym w Paryżu reprezentowali Polskę Prof. dr M. Grzybowski i dr. T. J. Stępniewski. W skład Zarządu Międzynarodowego Związku Przeciwwenerycznego wszedł Prof. Grzybowski.

II. Kurs Przeciwgruźliczy dla lekarzy urządzony staraniem Pol. T-wa Badań Naukowych nad Gruźlicą odbędzie się w Warszawie w czasie od 10. II. — 29. III. 1947 r.

Dnia 7. II. 1947 roku w Hucie „Batory" odbyło się VII. Zebranie Kierowników Służby Bezpieczeństwa Pracy Zakładów podległych C. Z. P. H. z następującym porządkiem dziennym:

1. Zwiedzenie Huty oraz poradni psychotechnicznej, 2. sprawozdanie roczne z działu bezpieczeństwa pracy w C. Z. P. H., 3, sprawozdanie referenta służby bezpieczeństwa pracy Huty „Batory", 4. sprawozdanie lekarza przemysłowego Huty „Batory", 5. analiza wypadków Huty „Batory" za IV. kwartał 1946 r., 6. dyskusja, 7. wolne wnioski.

Komunikaty

Komitet Organizacyjny I-go po wojnie (VII-go z kolei) Zjazdu Pediatrów Polskich zawiadamia, że Zjazd odbędzie się w Warszawie we wrześniu 1947 r. Termin dokładny zostanie później podany.

Tematy referatów głównych zostały ustalone następująco:

1. Czynnik Rh i jego znaczenie immunologiczne — referent prof. L. Hirszfeld.

2. Postępy pediatrii w ostatnim dziesięcioleciu — referent prof. Fr. Groer.

3. Walka o zdrowie dziecka polskiego: a) Stan zdrowia dziecka polskiego po wojnie — referent prof. W. Szenajch; b) Gruźlica dziecięca w Polsce po wojnie — referenci prof. K. Jonscher i dr St. Popowski; c) Stan opieki higieniczno-społecznej nad dzieckiem polskim po wojnie — referent dr M. Łącki.

Poza referatami głównymi mogą być zgłaszane oryginalne referaty naukowe, a pożądane jest, aby były w związku z tematami referatów głównych.

Zgłoszenie tematów z podaniem krótkiego streszczenia pracy należy nadsyłać do komitetu organizacyjnego najpóźniej do dnia 1 lipca 1947 r. Wobec ograniczonego czasu trwania Zjazdu, komitet organizacyjny zastrzega sobie prawo ewentualnego odrzucenia poszczególnych prac na Zjazd. Czas na wygłoszenie tematu głównego nie powinien przekraczać 30 min., a tematu dowolnego — 15 min.

Adres Komitetu Organizacyjnego: Warszawa, Szpital im. Karola i Marii dla dzieci, ul. Działdowska 1/3.

Przewodniczący:
Dr Jan Bogdanowicz — Dr Zofia Lejmbach

Wojewódzka Szkoła Pielęgniarstwa w Tarnowie poszukuje 2 absolwentki szkół pielęgniarskich celem obsadzenia stanowisk: starszej i młodszej instruktorki klasowej.

Posada młodszej instruktorki do objęcia od zaraz, a starszej od 1 maja 1947 r. Podania kierować: Tarnów, ul. Sienna Nr 5.

Ubezpieczalnia Społeczna
w Białej Krakowskiej

ogłasza

KONKURS

na stanowisko Lekarza Naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Białej Krakowskiej.

Kandydaci na to stanowisko winni posiadać kwalifikacje, wymagane art. 49 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28. 3. 1933 r. (Dz. U. R. P., Nr 51, poz. 396) oraz powinni dołączyć do podań następujące dokumenty lub uwierzytelnione odpisy:

1. metrykę urodzenia, 2. dowód obywatelstwa polskiego, 3. dyplom ukończenia wydziału lekarskiego uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, 4. dowody studiów i dotychczasowej pracy, 5. życiorys, 6. zaświadczenie 3-letniej pracy na stanowisku administracyjno-lekarskim, w tym przynajmniej 1 rok w Ubezpieczalni Społecznej lub w Kasie Chorych, 7 . zaświadczenie 3-letniej praktyki w zakładach leczniczych (klinice lub szpitalu).

Lekarz Naczelny nie może zajmować płatnego stanowiska, ani pełnić płatnych funkcyj poza Ubezpieczalnią bez osobnego zezwolenia Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Do stanowiska Lekarza naczelnego jest przywiązane uposażenie miesięczne w wysokości określonej przy zawieraniu umowy.

Podania udokumentowane należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Białej Krakowskiej w zapieczętowanych kopertach z napisem: „Konkurs na stanowisko Lekarza Naczelnego“ do dnia 31. 3. 1947 r.

Przewodniczący
Tymczasowej Rady i Zarządu U. S.
w Białej Krakowskiej

KONKURS

Zarząd Miejski w Łodzi — Wydział Zdrowia Publicznego ogłasza konkurs na stanowiska:

1) ordynatora Oddziału Wewnętrznego w Szpitalu Miejskim w Radogoszczu,
2) ordynatora Oddziału Psychiatrycznego w Szpitalu Miejskim „Kochanówka“.
3) ordynatora Oddziału Gruźliczego w w Sanatorium miejskim w Chojnach.
4) ordynatora Oddziału Płucnego w Szpitalu Dziecięcym Anny-Marii.

Od kandydatów wymagane są następujące kwalifikacje:

a) obywatestwo polskie,
b) dyplom lekarski, uznany przez Ministerstwo Zdrowia w Polsce,
c) prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim.

Odnośnie punktu 1) wymagana jest 10-letnia praktyka szpitalna.

Odnośnie punktu 2) wymagana jest 5-letnia praktyka w psychiatrii (pierwszeństwo mają lekarze, którzy pracowali w psychiatrii dziecięcej). Odnośnie punktu 3) praktyka 5-letnia w dziale chorób płucnych. Odnośnie punktu 4) praktyka 10-letnia na Oddziale Płucnym.

Dla wyżej wymienionych stanowisk przywiązane są pobory wg VI gr. pracowników państw. wraz z dodatkami.

Oferty z uwierzytelnionymi odpisami dokumentów, życiorysem oraz zaświadczeniem lojalności w stosunku do Państwa Polskiego z ostatniego miejsca zamieszkania podczas okupacji niemieckiej należy nadsyłać do dnia 1. III. 1947 r. do Zarządu Miejskiego w Łodzi, Wydział Zdrowia Publicznego — Oddział Szpitalnictwa — Piotrkowska 113, pokój 309.

Zarząd Miejski w Łodzi.

REDAKCJA OTRZYMAŁA:

Życie Nauki. T. II. Nr 9—10, 1946.
Monthly Science News. Nr 10—11, 1946.
Britain To-Day. Nr 129. January, 1947.
Britain To-Day. Nr 130. Febr. 1947,

TREŚĆ:

Drukarnia Nr 3 Spółdzielni Wydawniczej „Wiedza" Kraków, Orzeszkowej 7. Telefon 566-53 — M — 17606